Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 19.

DE LA PSEUDO-OCCLUSION INTESTINALE

AU POINT DE VUE DE

L'ÉTIOLOGIE, DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Avril 1883

PAR

HENRY CHEVALIER

Né à Saintes, le 23 Mars 1853

Médecin de 2me Classe de la Marine
Prosecteur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine navale de Rochefort
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre de Medjidié
Chevalier de l'Ordre du Sauveur de Grèce, etc. etc.

Examinateurs de la Thèse :

MM. LAYET, *Président*
ORÉ, *Professeur*
RONDOT.
GERVAIS-KOYSIEWICZ } *Agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1883

Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 19.

DE LA PSEUDO-OCCLUSION INTESTINALE

AU POINT DE VUE DE

L'ÉTIOLOGIE, DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Avril 1883

PAR

HENRY CHEVALIER

Né à Saintes, le 23 Mars 1858

Médecin de 2me Classe de la Marine
Prosecteur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine navale de Rochefort
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre de Medjidié
Chevalier de l'Ordre du Sauveur de Grèce, etc. etc.

Examinateurs de la Thèse :

MM. LAYET, *Président*
ORÉ, *Professeur*
RONDOT.
GERVAIS-KOYSIEWICZ } *Agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites snr les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. POINSOT
RONDOT	LEFOUR	TESTUT
LANDE	DUDON	CARLES
SOLLES	DEMONS	PÉRIER
ARMAINGAUD	GERVAIS KOYSIEWICZ	BLAREZ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A M. LE DOCTEUR MAISONNEUVE

Directeur du service de santé de la Marine

Officier de la Légion d'honneur

A M. le Docteur DUPLOUY

Médecin en chef de la Marine
Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine navale de Rochefort
Officier de la Légion d'honneur

A M. le docteur GUÈS

Professeur de thérapeutique à l'École de médecine navale de Rochefort
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LAYET

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Bordeaux
Médecin-Principal de la Marine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA

PSEUDO-OCCLUSION INTESTINALE

AU POINT DE VUE DE

L'ÉTIOLOGIE, DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

INTRODUCTION

Ayant eu la bonne fortune d'observer tout dernièrement, à l'hôpital maritime de Rochefort, un cas de pseudo-occlusion intestinale de nature rhumatismale, alternant avec les manifestations d'un rhumatisme polyarticulaire, nous avons eu l'idée de recueillir dans les diverses productions scientifiques, les faits présentant quelque analogie avec ce cas si intéressant. Nos recherches ont été fructueuses : nous avons pu rassembler dans cette thèse inaugurale, un nombre respectable d'observations se rapportant à des maladies diverses, compliquées à une certaine période de leur évolution, des signes de l'occlusion intestinale : constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, vomissements bilieux, puis d'aspect fécaloïde. Plusieurs fois, ce cortège de symptômes a si bien simulé l'étranglement interne, que

des cliniciens éminents sont allés à la recherche d'un obstacle qui n'existait pas.

Enumérer et classer les affections qui peuvent donner lieu aux symptômes de l'occlusion mécanique, en entravant plus ou moins le fonctionnement régulier du tube intestinal ; signaler les phénomènes particuliers qui permettent d'éviter une méprise, dont les conséquences peuvent être si fâcheuses, et indiquer les moyens thérapeuthiques à opposer à de tels accidents, tel est le but de notre travail.

Division du sujet : Dans la première partie, nous séparerons d'abord aussi nettement que possible, l'occlusion intestinale vraie, due à un obstacle matériel de la pseudo-occlusion ; puis, nous essaierons de démontrer à l'aide de quelques considérations physiologiques succinctes, que le moindre trouble fonctionnel de cet organe, ou la moindre altération, peuvent donner lieu à un arrêt plus ou moins complet des matières fécales.

Dans la deuxième partie, nous classerons les causes qui peuvent donner naissance à la pseudo-occlusion. Nous y joindrons quelques observations.

La troisième, sera consacrée au diagnostic, et la quatrième au traitement.

PREMIÈRE PARTIE

PRÉLIMINAIRES

Avant d'examiner les conditions dans lesquelles il y a pseudo-occlusion intestinale, expliquons-nous sur le sens que nous donnons à ces mots : occlusion intestinale.

Sous ce titre, dit Duplay (1), nous comprenons l'ensemble des accidents déterminés par l'arrêt complet du cours des matières, résultant d'un obstacle de nature quelconque situé sur le trajet de l'intestin, dans la cavité abdominale.

« Je donne, dit Masson (2), au mot occlusion intestinale, une acceptation générale embrassant toutes les maladies que j'ai successivement dénommées (invagination, volvulus, étranglement interne, obstruction et oblitération intestinales), et je me propose d'étudier, sous ce titre, tous les cas dans lesquels il existe un empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours dans leur direction habituelle. »

Et plus loin :

« Il y a occlusion toutes les fois que, dans un point du tube intestinal, la cavité disparaît sous l'influence d'une cause quelconque en déterminant, pour un temps au moins,

(1) Path. externe, T. VI.
(2) Thèse de Paris, 1857.

un arrêt complet dans le cours habituel des matières, arrêt qui se traduit bientôt par un ensemble de symptômes locaux et généraux presque toujours les mêmes ».

A l'exemple de ces auteurs, nous donnerons au mot occlusion intestinale, son sens le plus large : *tout empêchement complet à ce que les matières fécales suivent leur cours régulier;* mais comme le fait Henrot (1), dans son remarquable travail sur les pseudo-étranglements, nous établirons une grande division suivant que l'occlusion est produite par un obstacle matériel de nature quelconque, qui diminue plus ou moins le calibre de l'intestin, ou par un état particulier d'un ordre tout différent au point de vue pathogénique qui ne peut être expliqué par un obstacle matériel et qui pourtant donne naissance à des phénomènes morbides absolument identiques, variables dans leur intensité et leur apparition, et dont les principaux sont les troubles digestifs tels que vomissements, constipation, coliques, ballonement du ventre, et même quelquefois absence d'émission de gaz par l'anus.

Nous admettrons donc deux variétés d'occlusion, des *occlusions vraies* et des *pseudo-occlusions*, selon que les causes qui les produisent sont mécaniques ou fontionnelles.

Pour donner une idée bien juste de cette seconde variété, objet de notre travail, nous croyons nécessaire d'indiquer rapidement les conditions dans lesquelles se produit l'occlusion mécanique.

Elles sont divisées par Duplay (2) en six grandes classes :

1° Occlusions par les corps étrangers ;

2° Occlusions par compression de dehors en dedans ;

3° Occlusions par étranglement interne ;

(1) Thèse de Paris, 1865.

(2) Path. ext. T. VI.

4° Occlusions produites par le renversement ou l'enroulement de l'intestin ;

5° Occlusions produites par ivnagination, intus susception ;

6° Occlusions par lésions des parois ;

Henrot a réuni dans un tableau anatomique que nous reproduisons ci, les diverses causes de l'occlusion mécanique.

- **CAUSES de l'occlusion mécanique de l'intestin ; ou des différentes variétés d'étranglements internes.**
  - ***A.*** La cause siège dans l'intérieur de l'intestin.
    - I. Obstruction.
      - corps étrangers.
        - venus du dehors :
          - noyaux de fruits.
          - boules de verres, d'ivoire.
        - développés dans la cavité de l'intestin
          - matière fécale durcie.
          - concrétions intestinales.
          - calculs biliaires.
          - ascarides.
          - égagropiles.
  - ***B.*** La cause siège dans la paroi de l'intestin.
    - II. Invagination ou intussusception
      - de l'intestin grêle.
      - du gros intestin.
      - des deux intestins l'un dans l'autre.
        - double ou à 5 cylindres.
        - triple ou à 7 cylindres.
    - III. Rétrécissement ou oblitération.
      - par hypertrophie du tissu sous muqueux.
      - — du tissu musculaire.
      - par épaississement et induration de la valvule iléo-cæcale.
      - par épanchement de sang entre deux tuniques intestinales.
      - par dégénérescence caucéreuse des parois.
      - par cicatrices de l'intestin à la suite d'ulcérations.
      - par polypes de l'intestin.
      - par kistes hydatiques (*Compendium*)
      - par rétrécissement à la suite de réduction de hernie.
      - par hypertrophie d'une valvule connivente.
    - IV. Volvulus ou torsion de l'intestin.
    - V. Flexion anormale ou adhérences de l'intestin.
  - ***C.*** La cause siège en dehors de l'intestin.
    - VI. Étranglement interne proprement dit
      - par brides
        - solides et pleines
          - celluleuses.
          - pseudo-membraneuses.
          - fibreuses.
          - épiploïques.
          - mésentériques.
          - péritonéales.
        - creuses :
          - trompe utérine.
          - appendice cæcal.
          - brides intestinales.
          - appendice diverticulaire.
      - dans une ouverture
        - anormale :
          - divers replis péritonéaux.
          - rupture de l'utéras, se contractant sur un anse intestinale.
        - accidentelle :— nœuds diverticulaires
          - simples.
          - doubles.
        - normale. — Hiatus de Vinslow.
      - dans un ancien sac ou hernies profondes ne faisant aucune saillie au dehors.
        - hernie ischiatique.
        - hernie diaphragmatique.
    - VII. Par compression :
      - par tumeur abdominale :
        - amas de ganglions mésentériques tuberculeux.
        - tumeur du pancréas.
        - — de l'ovaire.
        - — de l'utérus.
      - déplacement d'organe : déplacement de la rate.

Dans la première classe, il s'agit d'une véritable obstruction résultant de la présence dans l'intestin, de corps étrangers venus du dehors ou développés dans cette cavité même.

Dans la seconde, le calibre de l'intestin est comprimé plus au moins par une tumeur quelconque : cancer, tumeur fibreuse, etc.

Dans la troisième, la cause et le mécanisme sont analogues à ceux de l'étranglement externe herniaire : une portion de l'intestin s'engage dans une ouverture placée à l'intérieur de l'abdomen, entre des brides, dans un ancien sac et s'étrangle.

Dans la quatrième, les intestins sont enroulés, entortillés, enchevêtrés l'un dans l'autre (volvulus).

Dans la cinquième, une portion de l'intestin pénètre anormalement dans une autre.

Enfin, dans la sixième, l'arrêt des matières fécales résulte uniquement des altérations développées dans les parois intestinales : rétrécissements cicatriciels et rétrécissements par dégénérescence des parois.

Dans tous ces cas, ou le diagnostic offre souvent de grandes difficultés, il est cependant facile de voir que les symptômes de l'occlusion peuvent toujours s'expliquer par un obstacle mécanique s'opposant à la progression des fèces, en diminuant ou en obstruant le calibre du tube intestinal; c'est ce qui a fait dire à un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés de cette question, qu'en dehors de la cause mécanique, il n'y en avait pas d'autre qui pût produire ce symptôme.

Masson (1) s'exprime ainsi à ce sujet : « Toutes les fois qu'il y a occlusion on trouve à l'autopsie un obstacle

(1) Loc. cit.

mécanique. » Plus loin il ajoute : « Cependant quelques auteurs admettent que les symptômes de l'occlusion intestinale peuvent se produire en l'absence de toute lésion anatomique, par suite d'un simple trouble dans l'innervation. Les partisans de cet iléus nerveux, comme ils l'appellent, en admettent même deux variétés : dans l'une, il n'y a nulle part obstacle au cours des matières, le mouvement antipéristaltique s'est seulement substitué au mouvement péristaltique normal dans toute l'étendue du tube intestinal ; dans l'autre, l'occlusion est produite en un point par une contraction spasmodique de l'intestin. Que les partisans de cet iléus nerveux publient l'autopsie d'un individu ayant succombé avec les symptômes de l'occlusion intestinale, et chez lequel on n'aura trouvé aucun obstacle mécanique au cours des matières, et l'existence de cet iléus nerveux cessera dès lors de reposer sur une hypothèse. »

Raige-Delorme dit (1) : « L'anatomie pathologique a démontré que les symptômes décrits sous les noms de volvulus, d'iléus ou de passion iliaque, dépendent toujours d'une disposition matérielle quelconque ayant pour effet d'interrompre plus ou moins complétement la continuité du canal intestinal et d'intercepter le cours des matières qui doivent le traverser. »

Il en est heureusement bon nombre d'autres, qui, moins absolues, admettent une cause autre que l'obstacle mécanique Nous nous rangeons de leur côté, et nous espérons contribuer pour une petite part à prouver qu'il existe des cas dans lesquels les malades présentent les symptômes de l'occlusion intestinale sans qu'on ait rencontré au lit du patient et à l'amphithéâtre, aucun obstacle matériel au

(1) Dict. en 30 vol. T. xxx, p. 861.

cours des matières. C'est aujourd'hui un fait acquis ; les travaux récents de Nélaton, de Henrot, Dechambre, Bardazzi, etc., que nous aurons souvent l'occasion de citer, en ont donné maintes preuves.

Quelques mots d'anatomie et de physiologie

Ce long tuyau musculo-membraneux, logé dans la cavité abdominale, qui s'étend depuis l'estomac jusqu'à l'anus en décrivant de nombreuses circonvolutions et dont la longueur est égale chez l'homme à six au huit fois celle du corps, n'est pas seulement un simple conduit n'ayant qu'un rôle passif à remplir : Il est le siège de deux ordres de phénomènes bien distincts et bien connus depuis les nombreux travaux des physiologistes, qui ont pour but, les uns, de terminer la digestion commencée dans la partie supérieure du tube digestif et de préparer ainsi l'absorption qui va fournir au sang les principes nécessaires à sa réparation ; les autres dont le rôle moins élevé consiste à rejeter au dehors des matériaux devenus inutiles à l'entretien de l'organisme.

L'anatomie nous apprend que les parois du canal intestinal sont formées de quatre tuniques : une séreuse qui est un repli du péritoine ; une musculeuse, composée de fibres disposées en faisceaux circulaires et en faisceaux longitudinaux ; une celluleuse ; enfin, une muqueuse qui présente de nombreux replis nommés valvules conniventes, un grand nombre de follicules, et de nombreux trous, orifices glandulaires. Des artères apportent à ces membranes

les éléments de leur nutrition; des veines ramènent dans le foie par le tronc de la veine-porte et le sang qui a servi à la nutrition et les produits de la digestion. Elles partagent ces fonctions avec les vaisseaux chylifères. Mais, tandis qu'elles charrient la peptone et la glycose, les lymphatiques absorbent les matières grasses. Ces différents phénomènes sont placés sous l'influence du système nerveux chargé de donner la sensibilité à la muqueuse, la contractilité à la tunique musculaire, la propriété systolique aux vaisseaux sanguins et de réglementer les sécrétions des différentes glandes qui tapissent la muqueuse digestive ou qui y sont annexées.

Sans entrer dans de longues considérations physiologiques, nous devons dire cependant que Meissner a signalé dernièrement, dans la couche sous muqueuse de l'intestin, un réseau très riche de cellules nerveuses reliées les unes aux autres par leurs prolongements. Auerbach en a découvert un autre entre les couches musculaires depuis le duodenum jusqu'au rectum. A ces réseaux de cellules nerveuses périphériques que G. Sée considère comme des centres automateurs peuvent se rattacher les mouvements péristaltiques qui se produisent dans l'intestin détaché du reste de l'économie. La connaissance de ces centres automoteurs rend parfaitement compte d'une foule d'actions jusque là inexpliquées; elle jette un nouveau jour sur des faits inconnus et principalement sur la paralysie intestinale réflexe à laquelle nous consacrerons un chapitre spécial.

L'accomplissement régulier de ces fonctions multiples exige le concours de toutes les conditions que nous venons d'énumérer. Qu'un de ces éléments, nerf, muscle, glande, vaisseau vienne à être altéré de n'importe quelle manière, fonctionne mal, il en résultera aussitôt un trouble qui se

traduira par l'évacuation rare, nulle ou fréquente des matières fécales. Ainsi, que la membrane musculeuse de l'intestin se trouve frappée de paralysie ou d'atonie, et les contractions qui sont normalement de quinze à dix-huit par minute, diminueront, disparaîtront même complètement. Les matières fécales cesseront alors de progresser de haut en bas dans l'intestin. Même résultat si la bile n'est plus versée dans le canal intestinal, comme cela a lieu dans l'ictère spasmodique. Les adhérences de cet organe avec des organes voisins ou avec les parois du bassin empêcheront le glissement des anses intestinales les unes sur les autres et pourront suspendre les évacuations. Enfin, le mucus lui-même peut venir à faire défaut et l'arrêt des matières en est la conséquence.

Après ce court exposé, qui nous permet déjà de voir combien peuvent être nombreuses les causes qui viennent troubler le cours régulier des matières intestinales, nous pouvons aborder l'énumération des affections dans le cours desquelles peuvent se manifester les symptômes de *pseudo-occlusion*.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE

Troubles de la Sensibilité

Le besoin de la défécation est provoqué par l'action du bol fécal sur la muqueuse rectale. Tous les actes qui mettent en jeu l'activité musculaire ont ainsi pour point de départ un phénomène de sensibilité. L'impression sur la muqueuse transmise aux centres nerveux éveille la sensation du besoin et se réfléchit en même temps sur la tunique musculaire de l'intestin dont elle commande la contraction. Lorsque la sensibilité de la membrane est exagérée, le besoin de l'exonération devient parfois incessant et dans certains états morbides, il est provoqué par la moindre parcelle de pus. Au lieu d'être exaltée, la sensibilité peut être émoussée et même anéantie, l'incitation physiologique qui met en branle la contraction des fibres musculaires n'ayant plus lieu, le tube intestinal reste inerte, les matières fécales ne progressent plus. Il est possible, dit Villemain, que, dans les cas de ce genre, l'arrêt des féces ne soit pas le résultat exclusif des troubles de la sensibilité

et qu'il y ait en même temps des perturbations dans les mouvements des muscles intestinaux ; mais il y a lieu de croire cependant que c'est l'anesthésie qui domine.

C'est ce phénomène qu'on est en droit d'invoquer chez les hystériques en particulier qui sont si fréquemment frappées de paralysie partielle de la sensibilité. Quelques-unes de ces malades offrent des exemples de constipation d'une durée et d'une ténacité remarquables. Il en est qui sont plusieurs mois sans aller à la garde-robe. N'est-il pas logique d'attribuer aussi à cette anesthésie du tube intestinal la constipation opiniâtre que l'on observe chez quelques aliénés ? Cette interprétation parait justifiée par les paralysies du sentiment fréquemment observées chez eux et par l'abolition des sensations internes comme celles de la faim, de la satiété, de la fatigue musculaire.

Trousseau dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1) insiste sur la constipation qui ne donne aucun malaise et dont la cause est un affaiblissement de l'excitabilité intestinale. La paresse de se présenter tous les jours à la garde-robe provoque et entretien un contact perpétuel des matières fécales avec l'intestin. Ce contact émousse la sensibilité de la muqueuse et celle-ci ne peut plus réagir par action réflexe sur la tonique musculaire et la faire contracter.

---

(1) Tome III.

Troubles de la Contractilité

EXAGÉRATION DE LA CONTRACTILITÉ

Nous savons que les contractions péristaltiques intermittentes de l'intestin font progresser les matières contenues dans son intérieur. Si ces contractions deviennent toniques, spasmodiques, elles amènent un arrêt des féces tellement complet et persistant qu'il peut en imposer pour un étranglement interne.

Biard a décrit, sous le nom de spasme des intestins, une affection assez commune selon lui chez les nouveaux nés et qui se compliquerait de constipation quelquefois opiniâtre. Fonssagrives (1) pense que dans la colique nerveuse le résultat final de cette névralgie du grand sympathique est de déterminer une contraction tonique de l'intestin laquelle au lieu d'accélérer le cours des matières fécales, les retient au contraire fortement emprisonnées.

Peter raconte (2) qu'étant interne de M. Cruveilher à la Charité, il trouva un jour dans ses salles une femme qui présentait tous les symptômes d'un étranglement : douleurs abdominales généralisées, météorisme, vomissements, etc. Il y avait à l'aine droite une douleur que la malade n'accusait pas spontanément, et en ce point une très petite tumeur qu'on aurait pu prendre pour un ganglion douloureux. « M. Cruveilher, dit-il, avec cette sûreté de diagnostic que j'ai rarement vu réaliser à un aussi haut degré, déclara

(1) Arch. de méd. 1852.
(2) Clin. T. I. p. 268.

qu'il s'agissait d'un pincement de l'intestin, au niveau de l'anneau crural. La malade fut donc transportée dans la soirée chez M. Velpeau qui croyant à une affection cholérique la renvoya chez M. Cruveilher. L'autopsie, qui put être pratiquée quelques jours plus tard, montra qu'il s'agissait bien d'un pincement de l'intestin. Ainsi, l'organe était à peine rétréci après la mort; il était absolument perméable et cependant la malade avait succombé aux accidents de l'étranglement. Evidemment chez elle un spasme s'était produit qui avait entrainé cet étranglement ».

Peut-être doit-on faire une part à ce phénomène à propos de l'arrêt des matières qui s'observe dans les grandes névroses : *épilepsie*, *chorée*, en raison de ce fait qu'il cède plus facilement aux antispasmodiques qu'aux purgatifs.

Cette contractilité exagérée de la tunique musculaire n'est pas très commune, et jusqu'à présent tous les faits qui ont été signalés ne possèdent pas, comme observation, toute la rigueur voulue pour être classés dans la catégorie des pseudo-occlusions. Il est cependant une contraction spasmodique plus facile à constater, c'est celle des sphincters de l'anus. Boyer a le premier démontré, de manière à ne laisser aucun doute, que dans la *fissure à l'anus* l'approche du bouchon stercoral détermine un spasme de ces muscles qui s'opposent à l'évacuation.

Plusieurs auteurs rapportent seulement à cette exagération de la contractilité l'arrêt des matières intestinales survenant brusquement chez les hystériques et les femmes très-nerveuses.

Nous lisons dans Jaccoud (1) :

« En 1867, je reçus dans mon service, dans l'hôpital

(1) Path. int. T. II p. 27.

St-Antoine, une jeune femme atteinte d'hystérie convulsive; au bout de quinze jours, cette malade fut prise de constipation complète et sans météorisme notable; elle se mit à vomir des matières stercorales, non pas les matières fécaloïdes de l'occlusion ordinaire, mais de véritables excréments condensés, solides, cylindriques, de couleur brune et d'odeur normale; il suffisait d'un coup d'œil, pour être certain qu'ils venaient du gros intestin. Connaissant l'esprit de supercherie des hystériques, sachant d'autre part que la physiologie n'admet pas le renversement de la valvule de Bauhin, j'établis autour de la malade une surveillance occulte, mais il fallut se rendre à l'évidence, d'autant mieux que le troisième ou le quatrième jour, un de ces vomissements eut lieu devant nous, le matin à la visite; les matières étaient semblables à celles des jours précédents, c'étaient des excréments purs, et pour tout dire en un mot, c'était une défécation par la bouche. Je m'attendais à voir survenir l'état grave de l'occlusion intestinale, il n'en fut rien, ces vomissements survenaient une fois, deux fois au plus en vingt-quatre heures et, sauf le dégoût passager qui les suivait, l'état de la malade était satisfaisant; elle mangeait comme d'habitude, les digestions étaient bonnes, et pendant la durée de cette singulière attaque, elle n'eut pas un seul accès convulsif. Le huitième jour mit fin à cette défécation buccale, les matières reprirent leur cours naturel. Dix jours plus tard, cette femme est prise de fièvre typhoïde grave, elle succombe dans le troisième septenaire et, à l'autopsie, nous trouvons les lésions ordinaires du tiphus abdominal, mais rien, absolument rien qui puisse expliquer le renversement du cours des matières. La valvule iléo-cœcale avait ses dimensions et sa disposition ordinaires.

De ce fait qui a été observé avec la plus scrupuleuse

attention, tant par moi que par le Dr Dieulafoy, alors mon interne, découlent les conséquences suivantes : l'iléus nerveux, l'occlusion par spasme intestinal est une réalité. »

Et plus loin, le même auteur cite le cas suivant : « J'ai vu plus tard, dans mon service à l'hôpital Lariboisière, une femme très nerveuse, qui a présenté pendant plusieurs jours l'ensemble des accidents de l'occlusion commune, avec les vomissements fécaloïdes ordinaires ; plusieurs traitements avaient échoué, et, déjà, l'opportunité de l'intervention chirurgicale était discutée, lorsqu'une médication antispasmodique (belladone, castoréum, camphre) rétablit le cours des matières. »

Ces pseudo-occlusions consécutives à une exagération de la contractilité musculaire amenant un arrêt complet dans le cours des matières fécales et des symptômes locaux et généraux assez graves pour faire croire à un étranglement interne, s'observeraient fréquemment sur les côtes du Chili et du Pérou. Ce fait s'explique par la prédominance du tempérament nerveux chez les femmes de ces deux pays. (Communication orale de M. le médecin principal Gailhard).

Diminution de la contractilité.

MALADIES DE L'INTESTIN.

La paralysie de l'intestin n'est pas rare dans certaines inflammations de cet organe et principalement dans les inflammations chroniques, telles que la *gastro-entérite*

chronique et l'*entérite chronique*. Ces affections peuvent s'accompagner à un moment donné de leur évolution, d'une constipation assez opiniâtre pour simuler l'occlusion intestinale vraie.

Chez les enfants on voit assez fréquemment les *ulcérations de l'intestin*, qui, jusqu'alors avaient donné lieu à de la diarrhée et à une diarrhée chronique, s'accompagner tout à coup, sans que rien puisse faire prévoir un tel résultat, d'un ballonnement considérable de l'abdomen et de la plupart des symptômes de l'étranglement interne.

Henrot signale un cas de *dyssenterie* dans lequel la tunique musculaire avait été frappée d'inertie. Les ulcérations étaient si nombreuses et si rapprochées qu'il ne restait çà et là que de petits ilots de muqueuse.

Dans la *typhlite* la constipation est de règle et s'accompagne souvent de vomissements et parfois même des signes de l'occlusion intestinale. « Lorsqu'elle est stercorale, dit Jaccoud (1), l'amas fécal peut remonter assez haut pour obturer la valvule iléo-cœcale et empêcher le passage des matières de l'intestin grêle dans le côlon ; on voit alors se développer les phénomènes d'une occlusion dont les antécédents et la tumeur iliaque révèlent l'origine. »

Nous extrayons d'une note de Dechambre relative à l'obstruction intestinale, le fait suivant :

Observation I.

Entérite ; symptômes d'occlusion intestinale.

« Il y a douze ans, je fus appelé pour aller voir en toute hâte une personne atteinte d'obstruction intestinale. Je trouvai une dame

(1) Jaccoub. Path. int. T. II, p. 219.

d'une quarantaine d'années couchée sur le dos, l'œil injecté et anxieux, la peau froide, le pouls petit et rapide, la respiration précipitée, la parole faible, les bras écartés pour éviter toute pression sur le ventre qui était énormément tuméfié. Il n'y avait pas eu de garde-robe depuis sept jours. Les vomissements de plus en plus fréquents donnaient issue en ce moment à de grandes quantités de bile verdâtre, foncée, sans félidité. Du reste, il ne paraissait pas y avoir eu dans le cours de la maladie de vomissements stercoraux. Le hoquet ne s'arrêtait plus guère. Je m'informai avec soin des circonstances initiales de la maladie. Les antécédents s'étaient développés graduellement, lentement, sans que le début eut été marqué par une douleur spéciale du côté de l'abdomen, ni par du frisson, ni par un brusque mouvement de fièvre. La malade, habituellement constipée, avait cessé d'aller à la selle, l'abdomen s'était ballonné peu à peu, en même temps qu'il était devenu uniformément sensible à la pression, puis la fièvre s'était allumée avec son cortège ordinaire de symptômes pour tomber bientôt et laisser le pouls et la température de la peau dans l'état que je viens de dire. On procéda à un examen des plus minutieux. Pas de trace de hernie, sonorité tympanique dans toute l'étendue du ventre. La très légère différence qu'on pouvait constater à cet égard, vers la fosse iliaque gauche, était de celles qu'on rencontre chez beaucoup de sujets même bien portants, et n'autorisait pas à en déduire l'existence d'une lésion quelconque dans cette région. La palpation ne faisait rencontrer de masse dure ni là, ni dans aucune autre partie du ventre. Tous les symptômes d'étranglement interne, d'occlusion intestinale, qui avaient résisté jusque là à tous les moyens usités en pareille circonstance (calomel, huile de ricin à l'intérieur et en applications extérieures), cédèrent à l'application de vingt-cinq sangsues sur le bas-ventre (1). »

Le plus ordinairement dans les affections du tube digestif, la paralysie de l'intestin survient par suite de la propagation de l'inflammation de la tunique muqueuse à la tunique musculaire. Toutefois, l'inflammation simple de

(1) *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*

la muqueuse pourrait seule déterminer cette action paralysante.

Dechambre pense que l'appareil symptômatique qui constitue l'iléus peut se produire et durer même un certain temps sans la moindre accumulation des matières fécales. Cet auteur croit que l'inflammation simple primitive et conséquemment l'irritation du tube intestinal suffit dans certain cas à produire le même effet que peuvent y déterminer des matières accumulées dans l'intestin tantôt en l'irritant, tantôt en le comprimant, c'est-à-dire la suppression des contractions péristaltiques.

Dans la majorité des maladies de l'intestin, l'immobilité de cet organe étant une conséquence de l'inflammation, c'est à cette cause, comme nous le signalerons de nouveau au chapitre *Traitement,* que doivent rationnellement s'adresser les moyens thérapeutiques.

Nous rapprocherons de ces faits, en avouant l'impossibilité de reconnaître leur cause véritable, les cas dans lesquels après avoir observé chez un malade les symptômes les plus graves de l'occlusion intestinale mécanique, l'autopsie la plus minutieuse ne révèle aucune affection ni du péritoine, ni de l'intestin, ni des organes voisins. Henrot cite un exemple de ce genre : Le malade, un homme de 66 ans, fort bien portant, fut pris tout à coup de coliques très violentes avec crampes ; il eut ce jour-là trois vomissements bilieux et une selle. Depuis ce moment jusqu'à sa mort, c'est à dire pendant cinq jours, ballonnement considérable du ventre, constipation absolue ayant résisté aux drastiques répétés et donnés à forte dose, ainsi qu'aux autres moyens les plus énergiques. Cessation de la douleur vers le troisième jour, puis bientôt réapparition de celles-ci avec vomissements fécaloïdes, renvois aigres, et enfin refroidissement et mort. Dans l'impossibilité de rap-

porter ces phénomènes d'obstruction intestinale à un obstacle matériel, pourquoi, dit cet auteur, ne pas admettre qu'il y a eu ici une paralysie des nerfs du grand sympathique qui se rendent à l'intestin? Ne vaut-il pas mieux ici, se résoudre, au lieu de donner une interprétation sans fondement, à attendre que des travaux ultérieurs et des observations plus nombreuses soient venus jeter plus de lumière sur ces faits inexplicables encore aujourd'hui.

Il n'en est pas de même de ceux assez fréquents de hernies étranglées dûment opérées, dans d'excellentes conditions, sans lésions notables de l'intestin au moment de l'opération, et dans lesquelles, malgré le débridement et la disparition de tout obstacle au cours des matières, les symptômes d'étranglement ont persisté, une fois l'intestin rentré dans la cavité abdominale. « Il est des cas, dit Nelaton, où l'intestin ne recouvre pas assez vite ses fonctions, et le malade finit par succomber; c'est lorsque l'intestin, par trop distendu par les matières ou les gaz, a perdu tout ou partie de sa contractilité. Nous avons été plusieurs fois témoins de semblables accidents qui se présentent en général avec les caractères suivants : aussitôt après la réduction, tous les symptômes propres à la hernie étranglée cessent, mais ne tardent pas à reparaître; au bout de quelques heures les nausées et les vomissements se montrent avec toute leur intensité première, le ventre se ballonne, les gaz distendent les anses intestinales dont on peut sentir le relief à travers les parois de l'abdomen. Nous avons vu à la Clinique de Sanson, cette distension portée à un tel degré que le diaphragme était repoussé vers la cavité de la poitrine; de là une gêne très grande de la respiration. Les purgatifs sont souvent impuissants pour triompher de cette distension excessive.»

Dans ces cas, l'atonie de l'intestin peut facilement

s'expliquer par la propagation de l'inflammation de la tunique muqueuse à la tunique musculaire ou de la séreuse à la précédente. D'ailleurs l'autopsie est presque toujours venue confirmer l'opinion que nous émettons, la muqueuse présentait une coloration quelquefois très foncée. la musculeuse était épaissie, preuve bien évidente qu'elle avait été atteinte par le travail inflammatoire, la séreuse était aussi plus épaisse qu'à l'état normal et présentait les lésions de la péritonite.

MALADIES DU PÉRITOINE

Quoique la paralysie intestinale ne soit pas la règle dans les affections du péritoine, tous les auteurs ont été cependant frappés depuis longtemps de la fréquence avec laquelle survient l'arrêt des matières fécales dans le cours des diverses variétés de péritonite.

Dans la péritonite aigüe simple ou généralisée, la constipation se rencontre souvent, mais non toujours ; chez l'adulte, l'existence de ce phénomène serait la règle. Duparcque admet qu'elle existe dans le plus grand nombre des cas. Dans la péritonite puerpérale, on observe le plus souvent la diarrhée ou des alternances de diarrhée et de constipation. La péritonite tuberculeuse est aussi marquée par des alternatives de ce genre sans cause appréciable. Parfois la constipation est telle, dit Hémey, qu'à une certaine période, la maladie peut simuler un étranglement interne. La péritonite aigüe consécutive à une perforation intestinale s'accompagne presque invariablement d'un arrêt complet des matières intestinales ; non-seulement les garde-robes sont nulles, mais encore la sortie des gaz peut ne plus avoir lieu, de telle sorte qu'on peut souvent croire

à une occlusion intestinale vraie lorsqu'il s'agit seulement d'une péritonite suraigüe due à une perforation intestinale.

« La méprise la plus grave que l'on puisse commettre, dit Duplay (1), consiste à prendre pour un étranglement interne un ensemble symptômatique dû à un pseudo-étranglement, c'est-à-dire, à des lésions diverses entravant plus ou moins le fonctionnement régulier du tube intestinal, mais ne constituant pas en réalité un obstacle mécanique au cours des matières.

La péritonite et surtout la péritonite par perforation survenant chez un sujet en apparence bien portant donne souvent lieu à un appareil de symptômes qui simulent l'étranglement interne. J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer trois cas de cette nature dans lesquels j'ai commis l'erreur que je signale en compagnie de cliniciens éminents. »

Les inflammations de cette séreuse, générales ou partielles, sont donc un obstacle à l'évacuation des fèces. Elles peuvent entraîner non-seulement la paralysie des tuniques contractiles de l'intestin, mais aussi celle des muscles abdominaux, et être bientôt suivies de douleurs, ballonnements, nausées, vomissements, etc.

Contrairement à ce qui se passe dans les affections décrites plus haut, l'inflammation se propage ici de la tunique séreuse aux couches musculeuses dont-elle entrave les fonctions. L'analyse histologique a plusieurs fois permis de constater l'extension du travail inflammatoire dans les faisceaux conjonctifs interstitiels des muscles intestinaux. Comment expliquer cette diminution, cette perte absolue de contractilité? La découverte de William Stokes qui

(1) Arch. gén. de méd. 1876. Quelques faits de péritonite simulant l'étranglement interne.

signala la paralysie des muscles consécutive à l'inflammation des membranes muqueuse, ou séreuse enveloppantes ne nous permet-elle pas d'adopter cette interprétation pour la paralysie intestinale survenant à la suite de l'inflammation de la muqueuse et de la séreuse. Il suffit même qu'une seule de ces membranes soit enflammée pour que les fibres musculaires perdent leur contractilité. C'est d'ailleurs ainsi que la péricardite et l'endocardite peuvent amener la paralysie du cœur; que la pleurésie peut produire la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme. Mais par quel mécanisme la fibre musculaire sous-jacente à la membrane enflammée se trouve-t-elle paralysée? Il faut ici établir une différence entre la péritonite chronique dont l'inflammation lente et progressive influence peu à peu la tunique musculaire, et les péritonites suraigües survenant brusquement chez un sujet bien portant.

Dans le premier cas, la transformation plus ou moins considérable qu'a subie la séreuse, son épaississement, son adhérence à elle-même et aux organes voisins, sa rugosité, expliquent assez la gêne que de semblables modifications doivent apporter au fonctionnement de la fibre contractile sous-jacente. L'action directe ne nous paraît pas alors devoir être mise en doute. Dans les cas de péritonite suraigüe survenant brusquement chez un sujet bien portant, les choses se passent d'une toute autre manière. S'il s'agit d'une perforation qui a permis à un liquide irritant de venir impressionner le péritoine, celui-ci traduit immédiatement sa souffrance par des douleurs atroces. La constipation, les vomissements surviennent avec une telle rapidité qu'il est permis de se demander si l'inflammation a eu le temps de gagner le plan musculaire, ou si la péritonite n'a pas impressionné les centres nerveux ou les ganglions du grand sympathique, d'une façon telle,

que cette impression sentie par eux a été réfléchie par l'intermédiaire des nerfs moteurs sur les fibres musculaires de l'intestin ; en d'autres termes, la péritonite suraigüe n'agirait ici que comme point de départ d'une action réflexe paralysante qui porterait sur le plan contractile de cet organe. C'est du moins ce que pensent Henrot et Dénarié (1). Comme eux, nous ne croyons pas que, dans ces cas, où l'arrêt des matières fécales se montre si rapidement, il soit possible de supposer que l'inflammation de la séreuse ait eu le temps de gagner le plan musculaire, et que la théorie de Stokes puisse trouver son application dans ce cas particulier. Si la paralysie musculaire peut être regardée comme étant consécutive à l'inflammation des séreuses, ce n'est pas au début des phénomènes inflammatoires qu'elle survient, mais seulement quelques jours après.

Ne serait-il pas juste aussi de tenir compte, pour expliquer ces symptômes d'étranglement, de l'état de distension des anses intestinales déterminant des coudes brusques capables d'intercepter, en partie, le cours des matières ?

Voici comment s'exprime Niemeyer (2) pour rendre compte du mécanisme de la paralysie intestinale dans les diverses formes de péritonite : « Dès les premiers temps, le ventre commence à être tendu et gonflé. Au commencement la présence d'un exsudat dans la cavité abdominale, ne joue qu'un faible rôle dans la production de ce gonflement; ce qui le provoque au contraire, pour la plus grande partie, c'est la distension des intestins remplis de gaz. Le météorisme n'est pas facile à expliquer ; il est peu probable qu'il soit dû au développement de gaz peu considérable, car on ne trouve aucune raison pour une décomposition

(1) Thèse de Paris, 1869.
(2) Elém. de path. int. T. I. p. 20.

plus rapide du contenu de l'intestin. On ne peut pas admettre davantage que, dans la péritonite, il y ait une exhalation de gaz de la part de la paroi intestinale. Ainsi donc, le météorisme paraît dépendre en partie de l'expansion des gaz favorisée par le relâchement des parois de l'intestin, mais bien plus encore de l'obstacle qui s'oppose à leur départ et qui est dû à la paralysie de la membrane musculaire...

» Dans la plupart des cas de péritonite aigüe diffuse, il existe une constipation opiniâtre, phénomène qui s'explique par la paralysie de la membrane musculaire due à l'œdème collatéral. Dans la péritonite puerpérale seule on observe ordinairement des selles diarrhéïques, parce que dans cette forme l'œdème gagne jusqu'à la muqueuse et produit ainsi une transsudation dont le produit s'écoule malgré la paralysie de la membrane musculaire, lorsque l'intestin en est rempli jusqu'à un certain point. »

De ce que nous venons de dire, nous croyons pouvoir conclure que les péritonites et en particulier la péritonite par perforation, peuvent donner lieu à une pseudo-occlusion, dont le diagnostic souvent bien difficile a décidé parfois le médecin à intervenir chirurgicalement.

Les observations qui vont suivre confirmeront, d'ailleurs, ce que nous avançons. Nous empruntons les trois premières au mémoire de M. Duplay (1), la quatrième à la thèse d'Henrot. La dernière a été recueillie dans le service de M. le professeur Gués, que nous prions d'accepter ici tous nos remerciements pour les bons conseils qu'il a bien voulu nous donner.

(1) Arch. gén. de méd., 1876.

Observation II.

En 1870, lorsque je suppléais A. Rochard à l'hôpital Beaujon, je fus appelé dans le service de M. Moutard-Martin pour voir une femme de 35 à 40 ans qui présentait les symptômes d'un étranglement interne : constipation opiniâtre depuis quelques jours, vomissements incessants, douleur et ballonnement du ventre. Il n'existait aucun vestige de hernie et l'exploration du rectum ne révélait aucune obstruction de ce côté. La cause de l'étranglement restait indéterminée.

Je ne jugeai pas cependant une intervention chirurgicale opportune en raison surtout de l'absence des vomissements fécaloïdes, et je me proposai d'attendre encore. Quelques purgatifs furent prescrits ainsi que d'abondantes injections par le rectum. Celles-ci furent plusieurs fois répétées par M. M. d'Espine, interne du service. Ces moyens n'amenèrent aucun résultat, et l'état de la malade allait s'aggravant de jour en jour. Quoique les vomissements n'eussent jamais présenté le caractère fécaloïde, je cédai aux instances de M. Moutard-Martin, et je me décidai à établir un anus artificiel dans la région iliaque droite. Après l'incision des parties molles, je crus être arrivé sur une anse intestinale très fortement distendue, et ma surprise fut grande, lorsqu'après une ponction faite sur ce point, je donnai issue à une énorme quantité de pus provenant de la cavité péritonéale. La malade succomba deux jours après l'opération et l'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace d'étranglement interne. Les symptômes observés étaient dus à une péritonite purulente par perforation de l'appendice iléo-cœcal.

Observation III.

Un homme de 74 ans, scieur de long, entre dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital Saint-Antoine, le 1er Mars 1874, pour des douleurs de l'hypochondre droit, analogues à celles qu'il avait

ressenties l'année précédente, et qui avaient été considérées comme des coliques hépatiques.

A son entrée il souffrait de l'hypochondre droit, mais ces douleurs n'offraient pas le caractère des crises hépatiques. Le pouls était fréquent, non fébrile; il y avait des nausées.

Un purgatif que l'on prescrit est rendu par la bouche sans déterminer de garde-robe. Le lendemain, un lavement purgatif reste sans effet.

Le 4 et le 5 Mars, les phénomènes d'occlusion intestinale se prononcent de plus en plus; le ventre se ballonne et les anses intestinales se dessinent à travers les parois. Les vomissements sont abondants, composés de liquides bilieux sans couleur ni odeur stercorale, constipation persistante. Cependant le malade a rendu quelques gaz par l'anus.

Le lendemain 6 Mars, les mêmes symptômes persistent, le malade est abattu, le pouls presque insensible aux radiales. Invité par M. Dumontpallier à visiter le malade, nous nous arrêtons tous deux à l'idée d'un étranglement intestinal, et nous nous proposons de tenter la gastrotomie en désespoir de cause. Mais le malade succomba presque subitement avant la fin de la visite.

A l'autopsie, on trouva une péritonite diffuse ayant pour point de départ une perforation très petite de la vésicule biliaire à travers laquelle la bile avait pour ainsi dire filtré dans la poitrine.

Observation IV.

Un homme de 26 ans entre le 23 Avril 1875 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Étienne, n° 11, dans le service de M. Proust.

Le malade portait depuis quatre ans une hernie inguinale droite du volume d'une noix facilement réductible, habituellement maintenue par un bandage et n'ayant jamais amené d'accident.

Le 20 Avril, trois jours avant son entrée, le malade en se levant se sentit fatigué; il éprouvait quelques douleurs dans le ventre accompagnées de coliques. La hernie était sortie; il la réduisit facilement et appliqua son bandage. Les douleurs et les coliques augmentèrent. Vers le soir, survinrent des vomissements précédés de nausées et composés de bile. Le ventre se tend et devient dur. Le lendemain l'état

s'aggrave ; fièvre, sueurs, courbature ; les vomissements contiennent des matières pâteuses, noirâtres, à odeur fécale, et laissant un goût horrible dans la bouche. Ces vomissements fécaloïdes se seraient répétés deux ou trois fois jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

A la visite du matin on trouve le malade dans l'état suivant : facies pâle, non grippé. Peau chaude, légèrement moite. Température axill. = 38° 6 ; pouls = 116, plein, mais dépressible.

Le ventre est ballonné, dur et très sensible à la pression, surtout à sa partie inférieure. La partie supérieure est presque indolente. On y constate également une sonorité tympanique qui manque à l'hypogastre et dans les fosses iliaques où existe de la matité. Les anneaux inguinaux sont libres ; celui du côté droit admet facilement l'extrémité du doigt, mais dans les efforts de toux, la hernie ne s'y présente pas. On ne découvre pas trace de hernie dans les autres points d'élection : anneau crural, ombilic, trou obturateur. Depuis quatre jours le malade n'a pas eu de selles ; il a pris deux lavements qu'il a rendus sans entraîner de matières fécales ; la veille on lui a administré 30 gr. de sulfate de soude qui ont été vomis. — Boissons glacées, vessie de glace sur le ventre.

Dans la journée le malade a seulement vomi une fois, une petite quantité de liquide jaunâtre, à odeur infecte, mais non franchement fécaloïde. Le ventre est toujours tendu et douloureux, pas de garderobe. Il n'y a pas eu de gaz rendus par l'anus.

Peau chaude, légèrement moite. T. = 39° 1. P. = 120.

25 Avril : Nuit mauvaise, insomnie, agitation. Plusieurs vomissements abondants, jaunâtres, laissant déposer une matière épaisse et d'odeur fécaloïde. T. = 38° 2 ; pouls petit à 120.

Les signes physiques sont sensiblement les mêmes. Le ballonnement du ventre a un peu augmenté ; matité dans la moitié inférieure, sonorité tympanique au-dessus de l'ombilic.

M. Proust me fait examiner le malade et je confirme le diagnostic d'étranglement interne qu'il avait porté. En présence de l'aggravation continuelle des symptômes, nous décidons de pratiquer la gastrotomie.

Le malade étant chloroformé, je fais sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic une incision de 12 centimètres. Le péritoine étant incisé sur la sonde cannelée, il s'échappe par l'ouverture un jet de liquide jaunâtre, qu'une légère pression sur les flancs fait sortir plus abondamment. Les anses intestinales qui se présentent à la plaie sont vivement injectées et d'une coloration violacée. Je fais quelques

recherches rapides pour trouver une cause d'étranglement, mais j'y renonce immédiatement en constatant les adhérences nombreuses des anses intestinales entre elles et avec les parois abdominales, adhérences récentes et formées par des fausses membranes molles, jaunâtres.

Sans persister davantage dans une recherche qui me paraissait inutile, j'établis par acquit de conscience un anus artificiel sur une anse intestinale distendue, que je fixai, avant de l'ouvrir au bord de la plaie abdominale.

Le malade succomba six heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée avec une quantité considérable de pus séreux, mêlé de fausses membranes flottantes. Adhérences nombreuses des intestins entre eux et à la paroi abdominale, mais ces adhérences sont molles et récentes. L'intestin distendu dans toute son étendue, présente une coloration violacée plus marquée par places. Nulle part on ne constate d'obstacle au cours des matières et des gaz. On ne peut retrouver l'anse intestinale qui formait la hernie réductible que le malade portait à droite. Le canal inguinal de ce côté est vide, et le sac herniaire ne présente aucune trace d'inflammation. L'injection est plus marquée dans le voisinage de la fosse iliaque droite que dans les autres points de la cavité abdominale. En examinant attentivement l'intestin, on découvre bientôt la cause de cette péritonite, dans une lésion limitée à l'appendice iléo-cœcal. Celui-ci, long de 8 centimètres, du diamètre d'un gros porte-plume, est replié sur la face postérieure du cœcum, à laquelle il adhère. Son extrémité est dure, violacée, mais sans apparence de perforation. En fendant l'appendice dans toute sa longueur, on aperçoit une ulcération arrondie, siégeant à l'extrêmité, et correspondant à une petite collection purulente du côté de la surface péritonéale.

L'appendice iléo-cœcal ne contenait ni corps étrangers, ni matières fécales durcies, en sorte que la cause de cette ulcération reste inconnue.

Tous les autres organes abdominaux sont parfaitement sains.

Observation V

Homme de 42 ans, maçon, entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Grisolle, le 8 novembre 1863.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle, il abuse un peu des alcooliques.

Le 3 novembre, au matin, en allant travailler, il fut pris tout à coup de coliques très violentes, qui l'obligèrent à s'arrêter; il était à jeun; il n'avait pris que son petit verre habituel; la veille, il n'avait fait aucun excès.

Les douleurs persistèrent pendant toute la matinée présentant plus de violence du côté droit; constipation.

Le malade entre à l'hôpital le jour même et continue à souffrir toute la nuit.

Le lendemain, 4, les douleurs sont toujours très vives; il n'y a pas eu de selles, le ventre est ballonné, tendu, très sonore à la percussion; la douleur est surtout dans la fosse iliaque droite où elle semble revenir sous forme de crises. Interrogé très attentivement, le malade déclare à plusieurs reprises qu'il n'a jamais eu de douleurs semblables dans la fosse iliaque, ou dans l'hypochondre; qu'il n'a jamais été jaune, même passagèrement.

Si l'on essaye d'explorer l'abdomen, les muscles se contractent aussitôt avec énergie et rendent la palpation impossible. Le ventre n'est pas déformé, il n'est pas plus saillant d'un côté que de l'autre. La constipation persiste toujours. Le malade ne peut pas rendre de gaz. Il n'y a pas d'envies de vomir, mais il y a des renvois gazeux par la bouche, qui sont très désagréables et de mauvaise odeur.

On ne constate de hernie dans aucun point de l'abdomen; aucun des anneaux n'est douloureux.

Le pouls n'est pas très accéléré; il n'y a pas de fièvre.

Lavement purgatif, huile de ricin, application de sangsues sur le ventre, bains prolongés.

M. Grisolles admet qu'il y a chez ce malade un obstacle au cours des matières fécales, probablement produit par une bride intestinale.

Le 5, la position du malade s'est beaucoup aggravée ; il n'y a pas eu de garde-robe malgré les purgatifs et les lavements.

La nuit a été agitée, il y a eu du subdelirium ; le matin il y a eu quelques absences dans ses réponses.

Le pouls est petit, fréquent; il y a de 100 à 110 pulsations

Ventre balloné, mais moins sensible que la veille; on peut constater dans la fosse iliaque droite réniun e tence, unesorte d'empâlemen qu'on ne retrouve pas de l'autre côté. Vomissements de matière jaunâtre, bilieuse. Chaque fois que le malade essaye de parler il a le hoquet et des renvois gazeux.

2 pilules d'huile de Croton, d'une goutte chacune. Vessie froide appliquée sur le ventre pendant toute la journée et toute la nuit. Lavements froids.

A 8 heures du soir, il rend avec un lavement, quelques rares matières intestinales.

Le 6, le ventre est moins dur, moins douloureux, mais toujours ballonné. Il a rendu quelques matières liquides. Les vomissements bilieux continuent. Le facies n'est pas très altéré; le malade semble avoir conservé sa gaieté habituelle, mais il délire un peu. Le corps est en sueur, la fièvre est très vive, la respiration est accélérée.

Ces nouveaux symptômes constituent aux yeux de M. Grizolle une complication très-fâcheuse. Notre savant maître, croyant toujours à un étranglement envoie chercher M. Jobert de Lamballe, en le laissant libre d'opérer s'il le jugeait convenable. M. Jobert remet au lendemain l'intervention chirurgicale, et propose d'avoir recours aux drastiques, huile de ricin et ensuite huile de croton. Dans le courant de la journée, deux pilules d'opium et du vin contre le délire.

Le 6, au soir: Pas de vomissements, le délire continue, roideur tétanique et selles abondantes ayant dit l'infirmier, immédiatement précède la mort, qui a lieu à onze heures et demie du soir.

Autopsie. — On trouve à l'ouverture de l'abdomen une péritonite généralisée; le péritoine est couvert de fausses membranes molles se déchirant très-facilement; dans la fosse iliaque droite elles sont plus épaisses, infiltrées de pus. En décollant les anses intestinales, qui tétaient unies les unes aux autres par ces fausses membranes, on peu

explorer le cœcum et son appendice qui ne présentent aucune trace de perforation; en cherchant cependant plus attentivement la cause de cette péritonite, on trouve que la vésicule biliaire est perforée, que cette perforation a donné passage à huit ou dix petits calculs parfaitement arrondis qui sont pour ainsi dire enkystés entre le vésicule et le colon par des fausses membranes un peu plus épaisses que celles qui existaient dans le reste de la cavité péritonéale.

L'intestin, examiné dans toute son étendue, ne présente pas le moindre obstacle mécanique qui ait pu s'opposer à la progression des matières fécales; ses tuniques sont injectées, mais ne sont pas ramollies.

On ne trouve, ainsi que dans le gros intestin que des matières jaunâtres, liquides.

On ne constate aucune trace de hernie ou de déplacement de l'intestin.

Observation VI (*Personnelle*).

Entero-péritonite tuberculeuse; symptômes de pseudo-occlusion intestinale.

Le nommé L... (Jean), âgé de vingt-six ans, soldat au troisième régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital maritime de Rochefort, salle 11, service de M. le professeur Guès, le 26 janvier 1883.

Cet homme, malade depuis quinze jours, s'est présenté à la visite du médecin-major du régiment, se plaignant de coliques et de constipation opiniâtre. Après avoir été exempt pendant trois jours, il a repris son service. Avant-hier il s'est de nouveau présenté à la visite en se plaignant encore de douleurs vives dans le ventre et de constipation. Plusieurs purgatifs salins administrés pendant son séjour à l'infirmerie sont rejetés successivement par les vomissements sans avoir amené d'évacuation. Le malade est dirigé sur l'hôpital.

A son entrée : langue saburrale, amorexie. Vomissements bilieux hier soir suivis pendant la nuit de vomissements de couleur jaunâtre et odeur fort désagréable, laissant un goût horrible dans la bouche. Ventre douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, tympanite très considérable. Pas de selles depuis cinq jours.

Dit avoir eu plusieurs bronchites. Rien à noter du côté des appareils circulatoire, respiratoire et nerveux. T. = 38°8 ; P. = 100.

Lavement purgatif ; sangsues sur la fosse iliaque droite. Huile de ricin, 20 grammes.

26 (soir). — Sous l'influence du lavement le malade a rendu des matières dures en assez grande abondance. Pas de vomissements.

27 janvier. — Vomissements bilieux dans la nuit. Ventre moins douloureux ; tympanite moins considérable. Trois selles copieuses. Langue encore suburrale ; pas d'appétit ; pas de sommeil. T. m. 37°6 ; s. 38°5.

Extr. de bellad. : 0,05 centigrammes.

28. — Insomnie pendant la nuit dernière. A eu plusieurs vomissements. Ventre très météorisé, douloureux à la pression ; surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Coliques violentes. Même état de la langue. T. m. 37°7 ; s. 37°8.

Pot : Extr. de bellad. 0,05 centigr., sangsues sur la fosse iliaque g.
Sp. d'opium.... 20 grammes.

29. — Le malade a un peu reposé cette nuit ; il a eu plusieurs vomissements. La langue est toujours très saburrale ; le météorisme et les douleurs ont diminué. Légère épitaxis. Une selle liquide peu abondante. T. m. 36°7 ; s. 37°1.

Pot. ut supra : S. q. 0,60 centigrammes.

30. — Pas de vomissements ; deux selles liquides. T. m. 37°4 ; s. 38°6.

Pot ut supra : S. q. 0,60 centigrammes.

31. — La tension des parois abdominales diminue progressivement. Encore quelques coliques. Deux selles dans les vingt-quatre heures.

3 Février. — Sueurs abondantes pendant la nuit dernière. Douleurs assez intenses localisées dans la fosse iliaque droite. Huit selles dans les vingt-quatre heures. T. = 38°.

Onct. merc. bellad. Lavement laudanisé.

Le malade accuse des douleurs vives au niveau de l'hypocondre droit ; le foie est notablement augmenté de volume ; il déborde sen-

siblement les fausses côtes. Toux fréquente, pénible. Pas de signes stéthoscopiques. T. m. 38°2 ; s. 39°8.

Jus de viande ; eau albumineuse ; onct. bellad.

6. — Vomissements bilieux ; quatre selles diarrhéiques ; langue rôtie. T. m. 38°3 ; s. 39°1.

7. — T. m. 38°5 ; s. 38°7.

8. — La matité du foie est toujours étendue ; douleurs vagues dans toute la région abdominale, plus vives au niveau de l'hypochondre gauche. n. m. 38°6 ; s. 38°7.

Presc. ut supa : Ext. quinq. 4 grammes.

9. — Respiration soufflante dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Expectoration peu abondante, visqueuse, adhérente au vase. Sueurs pendant la nuit. T. m. 37°5 ; s. 38°2.

10. — T. m. 38° ; s. 38°.

11. — Quelques coliques ; le volume du foie a sensiblement diminué. T. m. 37°7 ; s. 88°.

Du 12 au 20. — Alternatives de diarrhés et de constipation. Quelques douleurs vagues dans l'abdomen. Légers mouvements fébriles.

22. — La toux est devenue plus fréquente, surtout pendant la nuit. Obscurité du murmure vésiculaire au sommet droit.

5 mars. — L'état général du malade s'est amélioré : mêmes signes du côté du poumon droit. Le 9 il obtient un congé de convalescence de trois mois.

Maladies des centres nerveux.

La physiologie nous apprend que le système nerveux central, encéphale et moelle, ainsi que le grand sympathique, tiennent sous leur dépendance la contractilité intestinale. Il n'est donc pas étonnant que les affections des centres nerveux, de leurs enveloppes, ainsi que celles du grand sympathique, donnent lieu à une constipation quel-

quefois si opiniâtre, qu'elle peut faire croire à une occlusion par obstacle matériel. Elle a été notée par tous les auteurs, tant dans la méningite aigüe que dans la méningité tuberculeuse, où elle persiste souvent malgré des purgatifs répétés pendant plusieurs jours et les autres moyens employés dans de telles circonstances.

Très fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale, l'arrêt des fèces l'est plus encore dans l'hémorrhagie de la moelle et dans les affections de ses enveloppes. « Dans la myélite de la portion lombaire de la moelle, dit Valleix, on observe plus particulièrement la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine. »

« Lorsque le foyer, dit M. Grisolle (1), siège dans le renflement lombaire, la paralysie porte sur les membres pelviens, sur le rectum et la vessie. »

Ce phénomène est dû tantôt à la paralysie de la tunique musculaire intestinale, tantôt à la diminution ou à la perte complète de la contractilité du sphincter de l'anus.

Nous relatons ici une observation de paralysie intestinale liée à une paraplégie et empruntée à Dénarié (2) :

Observation VII.

Stoltz, 51 ans, né à Tréhode (Prusse), couché au n° 3, salle Ste-Foix, raconte qu'il y a cinq mois, il tomba d'une maison, à la démolition de laquelle il travaillait. Il tomba sur le dos, put se relever et marcher immédiatement après sa chûte. Il entra à l'hôpital St-Louis, où il demeura 25 jours.

Depuis son accident, il a éprouvé de vives douleurs lombaires et un affaiblissement graduel dans les deux jambes. Après un séjour de

(1) Grisolle. Path. int.

(2) Thèse citée.

deux semaines à l'Hôtel-Dieu, il fut admis à Bicêtre. Les douleurs lombaires ont beaucoup diminué, mais la paraplégie est complète; absence totale de mouvements dans les membres inférieurs, la sensibilité persiste, quoique très affaiblie.

Ce malade est entré à l'infirmerie, pour une constipation qui remonte déjà à un mois et demie ou deux mois.

Le ventre est ballonné, sonore à la percussion; les selles n'ont lieu que provoquées par des lavements tous les cinq ou six jours, et encore, elles sont dures et laborieusement expulsées. Toutes les autres fonctions s'accomplissent d'une façon normale.

Dans l'ataxie locomotrice, on remarque aussi quelquefois un arrêt plus ou moins complet des matières fécales. Ce phénomène a été plus particulièrement observé à une période avancée de la maladie. Quelques auteurs cependant l'ont noté parfois au début.

Jaccoud dit (1) : ces désordres résultent de l'altération du centre génito-spinal qui est un des premiers points touchés, aussi n'est-il pas rare de voir en même temps une dysurie qui peut aller jusqu'à la rétention et une constipation tellement opiniâtre que l'action des purgatifs souvent nulle est toujours ralentie...

Dans un cas rapporté par Henrot (2) que nous consignons ici, l'arrêt des matières fut tellement persistant qu'il finit par se compliquer d'accidents qui purent faire supposer un instant l'existence d'une occlusion intestinale.

Observation VIII.

Ataxie locomotrice; signes d'étranglement interne.

Un homme de 40 ans est atteint d'ataxie locomotrice, il entre à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1863; symptômes ordinaires de l'ataxie.

(1) Jaccoud. Path. Int. T. I.

(2) Thèse citée

Le 28 août, symptôme abdominaux, vomissements verdâtres d'abord, puis stercoraux, constipation; le pouls n'est pas celui de la péritonite, pas de hernie.

On suppose une obstruction intestinale ou un étranglement interne. Cependant, il y a deux ou trois selles après le lavement.

Le 31 au soir, collapsus mort; autopsie.

Pas de traces d'étranglement intestinal, pas de péritonite. Atrophie considérable de la moëlle épinière, portant sur les cornes antérieures et postérieures.

Dujardin-Baumetz et Marie rapportent dans leur thèse plusieurs observations d'ataxiques chez lesquels la constipation a été opiniâtre. Ce dernier auteur n'hésite pas à dire que l'impuissance, la paralysie de l'intestin et de la vessie sont des troubles fonctionnels très fréquents.

Cette absence d'évacuation est-elle due à un trouble de la sensibilité de la muqueuse, tient-elle à une diminution des sécrétions intestinales, ou bien faut-il l'attribuer tout entière à ce que le centre nerveux rachidien atteint dans ses éléments actifs ne peut plus animer les fibres musculaires? Le problème est encore à résoudre. Le cours régulier des matières intestinales et leur expulsion n'exigent pas seulement la régularité des mouvements péristaltiques de l'intestin, ils réclament aussi l'intervention du diaphragme et des muscles abdominaux. Que les fonctions de ces muscles soient troublées par une cause quelconque, qu'elles soient abolies, et nous observerons un grand nombre des symptômes que nous avons eu déjà l'occasion d'énumérer si souvent. Monneret croit que, dans les maladies cérébrales, c'est plutôt au défaut de synergie des muscles nombreux qui agissent sur la défécation, qu'à la diminution de contractilité du sphincter de l'anus qu'il faut attribuer ces troubles. La preuve du reste, que dans certains cas de paraplégie, c'est bien à cette action et non

à celle que l'on pourrait invoquer du côté de l'intestin qu'il faut attribuer ce phénomène, c'est qu'il suffit, à l'exemple de Duchenne (de Boulogne) de faradiser les muscles de l'abdomen pendant quelques séances pour rétablir la liberté du ventre.

Chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, c'est à ce défaut d'action des muscles abdominaux qu'il faut attribuer la constipation qu'elles présentent. Les rhumatalgies des parois abdominales ou du diaphragme entravent également les évacuations. Chez les hystériques, c'est parfois à la paralysie de ces muscles aussi bien qu'à celle des sphincters de l'anus et à l'inexcitabilité de la muqueuse intestinale qu'il faut attribuer cette rétention des fèces. Elle est des plus opiniâtres, des plus rebelles ; elle résiste à tout traitement. Dans un cas, l'auteur que nous venons de citer a pu vaincre une constipation datant de trois semaines, en plaçant un excitateur olivaire dans le rectum et un second excitateur humide sur les parois abdominales.

Atonie sénile. — A côté de la pseudo-occlusion due à une altération des centres nerveux, nous signalerons celle qui s'observe chez les vieillards. La progression régulière des matières, avons-nous dit, nécessite que l'appareil de mouvement et de glissement de l'intestin soit dans un état complet d'intégrité. Or, les muscles de la vie organique perdent de leur énergie par les effets de l'âge ; c'est un fait d'observation. Cela est surtout très apparent pour la vessie et l'intestin. Ce fait donne l'explication de la constipation opiniâtre si fréquemment observée chez les gens avancés en âge. Cette paresse intestinale est-elle le résultat d'une dégradation sénile siégeant dans les muscles eux-mêmes ou dans les centres nerveux comme le pense

Rostay, soit directement soit par l'entremise des vaisseaux ?

Charcot dans ses savantes leçons sur les maladies des vieillards, s'exprime ainsi à ce sujet : « En quoi consiste ce travail d'atrophie qui porte son action sur l'ensemble des organes et des tissus ? C'est d'abord à un premier degré, un processus d'atrophie simple. Les éléments cellulaires du parenchyme, les éléments musculaires et peut-être les éléments nerveux, diminuent progressivement de volume, mais sans présenter dans leur structure de modification essentielle. Cela est surtout remarquable, suivant Oto Weber, dans les muscles des vieillards dont les éléments sont pâles, de petites dimensions, et tous à peu près d'égal volume, contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte. Cependant la trame conjonctive ne participe pas au même degré à ce travail de destruction lente ; on la voit prédominer dans les viscères sur les éléments spécifiques. Mais à un degré plus avancé, l'atrophie s'accompagne d'un travail de dégénération, c'est-à-dire que les éléments subissent encore des modifications chimiques et deviennent le siège d'infiltrations pigmentaires et graisseuses et d'incrustations calcaires. » Et plus loin : « La plupart des sécrétions s'amoindrissent, celle de l'urine et de la sueur en particulier, et il n'est guère douteux que la dyspepsie sénile sur laquelle notre grand naturaliste Daubenton a insisté dans un travail intéressant, mais peu connu, ne dépendent en grande partie de la diminution sensible des sécrétions intestinales. »

Ces diverses causes ne sont-elles pas suffisantes pour expliquer chez les vieillards cette parésie intestinale qui porte particulièrement sur le rectum dont les fibres longitudinales ne sont plus capables de vaincre la résistance du sphincter ?

Les matières s'accumulent alors dans l'ampoule rectale, la distendent, s'y desséchent et la rendent par là encore plus atone.

Troubles des sécrétions.

Les sécrétions gastriques et intestinales ainsi que celles des glandes annexées au tube intestinal, telles que les sécrétions biliaires, pancréatiques sont, avons-nous dit plus haut, nécessaires à l'accomplissement de la partie chimique de la digestion ; elles constituent même la partie essentielle de cette grande fonction. Si ces sécrétions viennent à se ralentir, à diminuer soit par le fait du système nerveux ou d'une altération du sang, le fluide versé pêchera par sa quantité ou par ses qualités, l'élaboration des aliments n'aura plus lieu, et parmi les désordres qui en découleront, la constipation qui sera un des plus fréquents, pourra amener, pendant un temps au moins, l'arrêt complet des matières fécales.

C'est ce que nous observons dans certaines affections organiques de l'estomac qui agissent sur la structure des glandes dites à pepsine de cet organe, dans les gastrites aigues et chroniques par exemple. Dans ces affections la constipation persistante est un phénomène habituel ; le plus ordinairement les inflammations de la tunique muqueuse donnent lieu à ce phénomène, non parce qu'elle s'accompagne d'une paralysie de la couche musculaire, mais parce qu'elles amènent un trouble dans les sécrétions.

Lorsque, dit de La Berge, sous l'influence d'une alimentation vicieuse, de conditions atmosphériques toutes parti-

culières, un individu est jeté dans cette condition morbide que quelques auteurs, et Chomel en particulier, ont décrite sous le nom d'*état muqueux*, la constipation s'établit ; elle semble résulter de l'obstruction des voies intestinales par des mucosités épaisses et tenaces qui, quelquefois, sont péniblement rejetées en dehors.

Le mucus intestinal vient-il à manquer, un arrêt dans le cours des matières fécales en est la conséquence. C'est à cette cause qu'il faut attribuer, dit Racle (1), la constipation qui succède à l'emploi des drastiques. Nous avons vu, dit le même auteur, une personne qui, après s'être purgée violemment à l'aide de la gomme-gutte et de la coloquinte, resta pendant quinze jours sans pouvoir aller à selle. Outre la paralysie intestinale que l'on admet, ne pourrait-on pas rapporter à cette même cause l'absence d'évacuation dans la colique de plomb, dans la convalescence des affections graves et dans celle de la fièvre typhoïde? « La constipation par défaut de sécrétion de la muqueuse intestinale, dit Bachelet, est quelquefois aggravée par un ralentissement concomittant de la contractilité de la tunique musculaire. Elle est alors beaucoup plus opiniâtre et résiste à tous les traitements. Les purgatifs échouent.

L'exhalation gazeuse de la muqueuse gastro-intestinale, exhalation dont la réalité est incontestablement établie en physiologie par les expériences de Magendie (2) et de Girardin, ne saurait être méconnue, surtout dans les cas où une pneumatose intestinale se déclare brusquement, soit sous le coup d'une impression morale vive, d'une émotion violente, etc. De nombreuses causes, d'après

(1) Traité de Diagnostic médical.
(2) Thèse de Paris, 1814.

Baumès, seraient capables de surexciter l'exhalation gazeuse à un degré excessif, indépendamment ou non de la présence des phénomènes inflammatoires. Ajoutons que, dans bien des cas sans doute, mais qui ne sont pas très faciles à distinguer, le météorisme et la tympanite, au lieu d'être l'effet d'une augmentation réelle de quantité des gaz rendus à l'intérieur des voies digestives, tiennent à la simple augmentation de volume de ces gaz, ou bien, en d'autres termes, à ce que la force élastique ou d'expansion indéfinie que les gaz possèdent n'est pas suffisamment contrebalancée et contenue par la contractilité affaiblie des fibres musculaires de l'intestin. Qu'il y ait rétention de ces gaz, et on observe un météorisme considérable parfois poussé jusqu'à constituer une tympanite proprement dite dans toute la force du mot, des douleurs tensives, lancinantes dans diverses régions du ventre, différents désordres dus à la compression des organes thoraciques par refoulement du diaphragme, en un mot, des symptômes assez graves pour faire penser à une occlusion intestinale.

Dans la dyspepsie flatulente, la sécretion gazeuse exagérée produisant une distension de l'intestin donnerait lieu à la constipation. Ici, l'inertie intestinale serait consécutive à la sécrétion, la tunique musculeuse distendue ayant perdu son élasticité.

Un trouble notable dans les sécrétions des glandes annexées au tube digestif peut aussi amener l'arrêt des fèces. Si la bile n'est plus versée dans l'intestin, comme cela a lieu dans l'ictère spasmodique, la constipation est règle. La bile, dit M. G. Sée (1), sert à deux buts : le premier, qui est le moins important, c'est l'émulsionnement des graisses neutres. Mais, sous ce rapport, elle peut

(1) *Leçons de pathol. exper.*, 1866.

être facilement suppléée, la même propriété appartenant, même à un plus haut degré, au suc pancréatique qui dissout, non-seulement les fécules comme le fait la salive, mais qui, ainsi que la bile, divise les matières grasses et les rend aptes à la résorption. Elle exerce, en outre, une grande influence sur la contraction intestinale, et par là, concourt à l'expulsion des matières fécales.

Le deuxième but qu'elle remplit est bien autrement utile. C'est celui qu'elle exerce sur la constitution normale du sang. En effet, si, par une cause quelconque, la bile vient à s'écouler au dehors, le sang est privé d'une quantité très considérable de matériaux nutritifs, et l'animal soumis à cette expérimentation tombe dans un dépérissement progressif auquel il finit par succomber.

Par conséquent, une altération dans la sécrétion de la bile peut amener l'absence d'évacuation, tantôt parce que la chylification est troublée, tantôt parce que les contractions intestinales n'auront plus leur force ordinaire, tantôt enfin parce que le sang étant altéré, le système nerveux n'aura plus son action normale.

Maladies générales. — Fièvres graves. — Intoxications. — Traumatismes.

Il est un certain nombre d'affections signalées par tous les auteurs qui ébranlent profondément l'organisme et dans le cours ou à la suite desquelles on a quelquefois observé un arrêt des matières intestinales souvent difficile, quelquefois impossible à vaincre, accompagné d'un météorisme considérable et dont la pathogénie encore peu

connue nous entraînerait dans des discussions que nous ne saurions aborder. Celles dans lesquelles on rencontre le plus fréquemment ces symptômes, sont : la fièvre typhoïde, la diphthérie, la goutte, le rhumatisme, le choléra et les intoxications.

Fièvre thyphoïde. — Henrot rapporte une très belle observation de paralysie asthénique consécutive à une fièvre typhoïde avec tympanite très considérable et très-rebelle.

Nous la reproduisons in-extenso :

Observation IX.

P... dix-huit ans, plombier, entre le 11 février 1863 dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, salle de l'Ange-Gardien n° 2.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusque il y a trois ans; depuis, fièvres intermittentes pendant les mois de septembre et de décembre. Dernièrement, il a eu à l'hôpital Saint-Antoine une fièvre typhoïde grave ; il a séjourné deux mois à l'hôpital.

Il n'a jamais eu de coliques de plomb ni de rhumatismes.

Le début de la paralysie paraît dater du jour où il a quitté Saint-Antoine: depuis elle a été constamment en augmentant.

Faiblesse dans la marche, tremblement, élancements dans les membres supérieurs. Anesthésie et analgésie des membres inférieurs. Mobilité diminuée dans les membres supérieurs et inférieurs, surtout dans ceux-ci : Le rectum et la vessie ne paraissent pas atteints. Pas de prolapsus du voile du palais.

Diagnostic. — Paralysie asthénique, consécutive d'une fièvre typhoïde.

Toniques. — Vin de quinquina; bains sulfureux.

La paralysie des membres supérieurs s'améliore, celle des membres inférieurs augmente. Le malade ne peut plus se tenir debout sans

s'appuyer sur ses mains; tremblement dès qu'il est debout; crampes, soubressauts.

L'anesthèsie des membres inférieurs a également augmenté; le malade ne sent plus le parquet; il ne sent plus le chaud et le froid; bref, anesthésie absolue de toute l'étendue des membres inférieurs.

Depuis, légère tympanite.

Epitaxis, suivies d'une perte instantanée de la vue qui disparaît promptement.

Coliques, éructations aigres.

La paralysie a diminué aux membres supérieurs, elle a augmenté aux membres inférieurs; de plus elle s'est étendue à l'intestin. — Électrisation.

7 Avril. — On l'électrise depuis trois semaines; le malade peut marcher avec des béquilles.

Le météorisme a très notablement augmenté, il est énorme; les poudres absorbantes, les vomitifs, les purgatifs, la noix vomique, etc.. n'ont pu le faire diminuer; il est tellement considérable que la respiration est devenue très difficile; cette gêne prive le malade de sommeil.

Plusieurs fois, on craint que le malade n'asphyxie.

Le météorisme persiste avec opiniâtreté, malgré tous les moyens employés pendant trois ou quatre mois; puis, sous l'influence des fortifiants de toute nature, de l'électrisation des membres inférieurs et des parois abdominales, ce météorisme, si tenace, a cédé en même temps que la paralysie.

Diphthérie. — Plusieurs auteurs, Mingault, entre autres, qui ont étudié les paralysies consécutives à la *diphthérie*, admettent l'inertie de l'intestin produite par cette cause. La constipation est tenace, difficile à vaincre; elle résiste aux purgatifs les plus énergiques; il y a véritable paralysie du rectum.

Trousseau (1), dans sa *Clinique sur la paralysie diphtéritique*, dit : « Les muscles de la vie organique ne sont pas à l'abri du mal. Je vous ai dit que le diaphragme pou-

(1) *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, tome I.

vait être affecté ; les tuniques musculaires de l'intestin, le rectum principalement, le sont plus encore. Ainsi que je l'ai vu maintes fois, il y a constipation opiniâtre. »

Goutte. — On sait que parmi les troubles digestifs qui se montrent dans la *goutte* aigüe ou chronique, soit comme phénomène prémonitoire, prodromique, soit pendant l'accès, soit dans l'intervalle des accès, l'arrêt des matières fécales est un des plus communs. Dénarié (1) cite un cas de ce genre qui s'est terminé fatalement. Il est assez intéressant pour mériter d'être reproduit.

Observation X.

André (Charles) âgé de soixante-six ans, entre le 19 mai 1868 à l'infirmerie de Bicêtre. Ce malade est atteint de la goutte depuis l'âge de dix-neuf ans. Il a eu huit ou neuf accès localisés au gros orteil droit. Le dernier a eu lieu en septembre 1867; il s'est accompagné de douleurs dans l'articulation du genou et d'une constipation opiniâtre. A cette époque, le malade est encore chez lui; peu après il entre à Bicêtre. Le 19 mai, il est à l'infirmerie pour des douleurs datant de deux ou trois jours.

Le 20 au matin, à la visite, on constate une légère douleur de ce gros orteil droit. Il présente, ainsi que d'autres articulations du pied, les déformations tophacées de l'affection goutteuse. Le malade accuse en outre des douleurs dans les deux cous-de-pied et dans le genou droit; pourtant ces articulations ne sont ni rouges ni enflées, ni déformées, mais un peu douloureuses à la pression.

Pas de fièvre, rien au cœur; un peu d'oppression due à un viel emphysème.

Langue blanche, pas d'appétit, constipation habituelle.

Depuis quatre ou cinq jours, pas de garde-robe; ventre un peu ballonné. On prescrit un purgatif.

(1) Thèse citée.

Le 21. — Même état que ce matin. Le purgatif n'a déterminé qu'une selle.

Le 22 et le 23. — Même état; pas de selles.

Le 24. — Les douleurs ont diminué; la rougeur a disparu du gros orteil. On prescrit un lavement purgatif avec deux gouttes d'huile de croton.

Le 25. — Des douleurs ont disparu; une garde-robe; le météorisme a augmenté.

Le 26. — Le malade ne souffre plus et demande sa sortie. On la lui refuse, parce qu'il est oppressé, et qu'il a le ventre un peu plus ballonné. On prescrit un lavement purgatif.

Le 27. — La constipation persiste. Le météorisme augmente, et l'oppression par le fait même. On prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 28. — Les médicaments n'ont déterminé aucune évacuation. Ventre très ballonné, oppression très considérable. Le malade est très abattu; pas de fièvre, pas de délire, pas d'envie de vomir. Une purgation à l'huile de ricin et deux gouttes d'huile de croton.

Le 29. — Aggravation de l'état de la veille; pas de garde-robe. Le malade est pris de hoquet; le pouls est petit et dépressible; les extrémités se refroidissent; vomissements bilieux.

On essaie l'électrisation, dans l'intention de rappeler quelques contractions de l'intestin.

On essaie d'introduire une soude œsophagienne par le rectum. Après plusieurs tentatives, dans lesquelles la sonde ne peut franchir la limite supérieure du rectum, l'état du malade empire : asphyxie, hoquets, vomissements. Pas de fièvre, refroidissement, coma. Mort une heure après.

1er juin. — Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale, les intestins sortent comme s'ils étaient à l'étroit. Le colon est distendu par des gaz et des matières liquides, produits de la transsudation occasionnée par les purgatifs répétés. Il a le diamètre de l'estomac; ses parois sont tellement distendus, qu'une faible traction suffit pour les déchirer.

Pas de péritonite évidente.

Pas d'étranglement. Le calibre de l'intestin est libre dans toute son étendue.

Au niveau de la partie moyenne du colon descendant, on trouve une

ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs. Cette ulcération est manifestement de date récente.

Rien qui puisse expliquer l'arrêt que la sonde a rencontré à la jonction du rectum et de l'S iliaque.

Des cristaux d'urate de soude sont retirés des articulations des orteils et reconnus au microscope.

Ici, ce trouble des organes digestifs, ces symptômes d'occlusion dépendent sans aucun doute de l'altération du sang par un excès d'urate de soude. C'est d'ailleurs l'interprétation de Garrod, si compétent dans ce genre de maladies.

Rhumatisme articulaire. — Si les localisations et les complications du rhumatisme articulaire aigü sont fréquentes dans les appareils cérébro-spinal, circulatoire et respiratoire, l'intestin prend généralement peu de part à l'état morbide dans un grand nombre d'attaques. La dyssenterie a été signalée par Stoll comme une localisation rhumatismale précédant les arthropathies, leur succédant ou alternant avec elles. Le plus ordinairement cependant les secrétions intestinales sont peu abondantes ; les évacuations rares ; on peut même observer de la constipation et une constipation assez opiniâtre pour simuler une occlusion de cause mécanique, comme le prouve le fait suivant.

Observation XI. (Personnelle).

Pseudo-occlusion intestinale de nature rhumatismale alternant avec les manifestations d'un rhumatisme polyarticulaire.

Le nommé B... Mathieu, âgé de 21 ans, soldat au 3^{me} régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital de Rochefort, salle 11 (fiévreux), service de M. le professeur Gués, le 1er février 1883.

Cet homme, malade depuis trois jours, raconte qu'il ressentait, depuis une semaine environ, des douleurs vagues dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Lundi dernier, 29 janvier, les douleurs se sont accentuées et ont envahi le genou gauche, le pied gauche et l'épaule droite. A son entrée ces articulations sont douloureuses et notablement gonflées; légère rougeur; la marche est impossible. Le poignet droit présente également, au moment de la visite, un peu de gonflement. Mouvement fébrile. Langue très saburrale, sèche; nausées; a même eu des vomissements dans la matinée. Anorexie.

Un peu de bronchite sans signes stéthoscopiques. Les battements du cœur sont un peu plus énergiques qu'à l'état normal.

Rhumatisants dans sa famille. Première atteinte. Soir T = 38°2; P = 86.

Salycilate de soude 3 gr., onct. huile camphrée.

2 Février. — Le malade dit être porteur d'une hernie inguinale droite rentrée spontanément ces jours derniers.

Constipation. T = 38°.

Salyc. de soude 3 gr.; extr. de qqa. 3 gr., eau de Sedlitz.

3 Février. — Légère épistaxis dans la nuit. Les articulations sont moins douloureuses. Constipation opiniâtre. Le ventre est distendu, météorisé, douloureux à la pression. Pas de selles depuis quatre jours. T = 37°3.

Salyc. de soude 3 gr., ext. de qqa.; huile de ricin.

3 Soir. Pas de selles. T = 37°5.

Lav. avec sené et sulfate de soude; faradisation.

4 Février. — Pas de selles malgré l'huile de ricin et le lavement.

Pas de *douleurs articulaires*. M. T = 37°; soir 37°6.

Ext. de qqa. 3 gr.; deux lavements : lait, eau, ââ. Faradisation.

5 Février. — Le malade a eu cette nuit plusieurs vomissements jaunâtres, à odeur désagréable, non franchement fécaloïde; présence d'un lombric dans les matières vomies. Ressent encore ce matin des nausées. Le gonflement articulaire a presque complètement disparu; les mouvements sont posssibles.

Constipation persistante. M. T = 37°4; soir 38°2.

Lav. huile et eau sav.; santonine 0,05 cent.; scammonée 1 gr.; lavement camomille miellée; onct. bellad.

6. — De nouveaux vomissements se sont produits hier vers dix heures; ils ont le même aspect que les précédents. On ne remarque la présence d'aucun lombric. Les lavements n'ont amené l'évacuation que de quelques morceaux d'une substance blanc jaunâtre, qui s'écrase facilement et ressemble à du lait caillé. M. T = 37°5; soir 38°2.

Lav. sulf. de soude et sené; lavement, siphon eau de Seltz (un); santonine 0,05 cent.

7 Février. — Epistaxis assez abondante. Vomissements vers quatre heures du matin; on n'a pu constater leur nature, le malade les ayant mélangés avec les lavements évacués. Le ventre est toujours météorisé. Etat genéral assez satisfaisant. Pas la moindre trace de poussée articulaire. M. T = 37°4.

Santonine 0,05 cent.; cat. et onct. bellad.; lavements eau de Seltz (trois).

Soir. — Pas encore de selles. Vomissements de couleur stercorale et d'odeur infecte dans la journée. Les lavements sont rendus tels qu'ils ont été donnés, entraînant une ou deux glaires chaque fois. M. le professeur de clinique chirurgicale est appelé par le médecin traitant à voir le malade. T = 38°6.

Ext. de bellad. 0,10 cent. en 10 pil.

8 Février. — Le malade est un peu plus affaisé, les dou-

leurs abdominales sont plus vives sans être accentuées. Nouveaux vomissements de même nature que les précédents, fécaloïdes (?), dans la première moitié de la nuit. Pas de selles. La palpation du ventre est peu douloureuse ; la palpation ne révèle la présence d'aucune tumeur.

Administration de trois Siphons d'eau de seltz en lavements. Sous l'influence du liquide et des gaz, le gros intestin se dessine sous la paroi abdominale et on en suit parfaitement le trajet jusqu'à la fin dans la fosse iliaque droite ; gargouillements dans cette même fosse. T = 38°2.

Santonine, 0,05 cent.; ext. de bellad., 0,10 cent., en 10 pil. Catapl. et onct. bellad. Lavements: Siphons eau de seltz (trois).

Soir. — Vomissements de même nature que ceux du matin. Dans la journée on a poussé avec une seringue munie d'une longue canule enfoncée à 35 ou 40 centimètres dans le gros intestin, de l'eau qui ensuite a été aspirée. L'aspiration n'a ramené que quelques mucosités. Nouvelle visite de M. le professeur Duploüy qui croit qu'une intervention chirurgicale doit être tentée, si rien ne vient modifier l'état actuel. T = 38°6.

Sp. de morp., 30 gr.; applic. de glace sur l'abdomen.

9 Février, huit heures du matin. — Météorisme plus considérable, le ventre est toujours peu douloureux à la pression. Pouls petit et fréquent. Langue saburrale, sèche. Facies légèrement grippé. Nouveaux vomissements vers le milieu de la nuit un peu plus fluides, jaunâtres ; ils ont plutôt une odeur âcre, acide, que fécaloïde. Le malade a eu plusieurs efforts de défécation ; il a essayé pendant la nuit d'aller plusieurs fois à la selle. Le vase dont il s'est servi, décanté des urines qu'il contenait, laisse voir un dépôt peu considérable de matières granuleuses, ocre jaune pâle, mélangées de mucosités. La quantité de ces

matières peut être évaluée à une quinzaine de grammes, et est recueillie dans un verre à expérience. Le malade est évacué sur la clinique chirurgicale. Après un examen minutieux, M. le professeur Duploüy se décide à la non intervention. T = 38°2.

Boissons glacées ; applications de glace sur l'abdomen. Hyosciamine, 1 pil. de 1 milligr. par 3 heures. Lavement : assa fœlida, 4 gr.; sulf. de soude, 25 gr. ; jaune d'œuf n° 1 ; eau, 500 gr.

1 heure soir. — Le malade vient de rendre son lavement. Déjection d'une petite quantité de matières fécales sous forme de petits blocs allongés, prismatiques triangulaires. Ces blocs sont accompagnés d'une assez notable quantité de mucus intestinal présentant par places de petites stries sanguinolentes. Le malade dit avoir rendu des gaz en même temps que son lavement. Les petits blocs de matière fécale de couleur jaunâtre (ocre jaune pâle), ne sont pas très consistants, ils sont au contraire assez mous, malléables, et paraissent s'être moulés en passant par un espace rétréci.

8 heures soir. — Fièvre. Le malade n'est pas très agité ; il ne se plaint pas. Langue large et humide ; face vultueuse. T = 39°2.

10 Février. — Six selles dans les 24 heures, liquides, jaunâtres. Le ventre a diminué de volume ; la langue est moins saburrale ; l'état général assez satisfaisant. — T = matin, 39° ; soir, 39°4.

Boissons froides ; hyosciamine, 1 pil. de 1 milligr. par 4 heures ; lait, 1 litre ; manne en larmes, 50 gr.; onct· thérébent.

11 Février. — Plusieurs selles diarrhéiques peu abondantes dans les 24 heures. T = matin, 39°2 ; soir, 39°6.

Rhubarbe, 0,50 centigr.; hyosciamine, 2 pil. de 1 milligr.

12 Février. — Le malade se plaint de douleurs dans les articulations du genou gauche et du poignet droit. Le ventre a notablement diminué de volume. L'état saburral a presque disparu; l'appétit revient. Les selles toujours diarrhéiques sont moins nombreuses. m. T = 39° 4; soir 39° 8.

Prescrp. ut suprâ.

13 Février. — Le rhumatisme a envahi successivement l'articulation tubia-tarsienne gauche, le poignet gauche, l'épaule droite et la hanche droite; douleur et gonflement. Le cours des matières se fait normalement. m. T = 39° 4; soir 40° 4.

Prescrp. ut suprâ et de onct. huile camph. et ouate.

14 Février. — T. m. = 38° pouls 110. soir T = 39 p. 110.

Prescrp. ut suprâ. Ext. d'opium 0,01 centigr.

15 Février. — T m. 38, 5 p. 108. soir T = 40° 1. p. 120.

Prescrp. ut suprâ, salycilate de soude 4 gr.

16 Février. — L'étendue de la matité précordiale a augmenté; elle mesure 9 centimètres dans tous les sens. Léger frémissement péricardique. La pointe du cœur bat dans l'espace normal; pas de dyspnée; les battements du cœur sont un peu plus énergiques. Les articulations prises sont toujours gonflées et douloureuses. m. T = 38° 2 p. 114. soir T = 39° 2, p. 120.

Prescript. Salycilate de soude 4 gr. Digitaline 1 gr.

17 Février. — m. T = 37° 9. p. 110; soir T = 39° 8. p. 114.

Prescript. ut suprâ. Ext. de quinquina 4 gr.

18 Février. — La matité précordiale semble avoir un peu diminué, frottements. Les poignets sont moins douloureux. Trois selles liquides. m. T = 37° 4. p. 96; soir T = 38° 8; p. 100.

19 Février. — Le malade ne souffre plus des poignets;

la douleur et le gonflement des autres articulations atteintes ont notablement diminué. L'articulation de la hanche droite est seule douloureuse. Trois selles diarrhéiques.

m. T = 37° 9, p. 90; soir T = 39° 6, p. 110.

20 Février. — m. T = 38° 2; soir 38° 8.

21 Février. — Le genou droit est tuméfié et douloureux.

Le malade est moins affaissé, la langue est meilleure, quatre selles liquides.

Un peu de submatité, et d'obscurité du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon gauche en arrière. Pas de toux, pas de dyspnée.

m. T = 38°; soir 38° 4.

22 Février. — m. T = 37°; soir 38° 5.

23 Février. — Amélioration notable du côté des articulations et de l'endocarde; rien de nouveau à noter du côté des organes respiratoires. m. T. = 37° 8; soir 38° 2.

24 Février. — Un peu de dyspnée ce matin, submatité plus prononcée de la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche. Affaiblissement du murmure vésiculaire. Léger frottement à la partie moyenne. Petite toux sèche depuis hier seulement. m. T = 38°; soir 38° 2.

Vésicatoire. Digitaline supprimée.

25 Février. — m. T = 36° 9, p. 100; soir T = 38° 5, p. 110.

26 Février. — La diarrhée a disparu. m. T = 37° 4; soir 38° 5.

27 Février. — m. T = 37° 3; soir 38° 9. Légère épistaxis.

28 Février. — m. T = 36° 9, p. 102; soir T = 39°, p. 110.

3 Mars. — Plus de douleur dans les articulations. Amélioration très notable. Faiblesse générale. m. T = 37° 8, soir 38° 1.

Le salycilate de soude est supprimé.

5 Mars. — L'amélioration continue. La matité précor-

diale est presque normale; frottement léger, sec, vers la partie moyenne de la région. Rien du côté des poumons. Langue très bonne; appétit.

6 mars. — Le désir d'aliments augmente. 3 selles hier dans la journée accompagnées de quelques mucosités. m. T = 36° 9, soir 37° 9.

7 Mars. — Sueurs profuses ce matin vers 3 heures. Pas de fièvre. Sulfate d'atropine 1/2 milligramme.

9 Mars. — Léger accès de fièvre hier soir. Ce matin apyrexie. M. T. = 37°1, soir 37°2.

11. — M. T. = 37°8, soir 37°4.

12. — Le malade accuse une légère douleur au niveau du poignet droit; pas de gonflement.

Salicylate de soude, 4 grammes. Toniques.

M. T. = 37°; soir 37°4.

A partir de ce jour, l'état général du malade va s'améliorant; il se lève le 18.

Réflexions. — Les nombreux auteurs qui ont étudié le rhumatisme articulaire, ne signalent pas de manifestions intestinales se rapprochant de celles observées chez le malade qui fait le sujet de cette observation. Ce défaut de renseignements doit-il nous faire rejeter l'idée d'une localisation intestinale? Non. Les relations qui existent ici entre le rhumatisme et l'intestin sont assez sensibles pour éloigner toute hésitation. La marche de l'affection, la disparition des douleurs et de la fluxion articulaire pendant la durée de l'arrêt des matières fécales; le retour de ces premiers symptômes dès que les troubles intestinaux ont cessé, les manifestations consécutives du côté de la plèvre et du péricarde sont des preuves que l'on ne saurait réfuter. Comment expliquer maintenant cette perte de

contractilité, cette paralysie de l'intestin? Est-elle due à une péritonite? L'absence de vomissements porracés, l'abaissement de la température coïncidant avec l'arrêt des matières, le peu de douleurs déterminées par la pression du ventre, ne nous permettent pas d'adopter cette interprétation. Est-elle due à une altération des centres nerveux, à un trouble des sécrétions, à une altération du sang? Nous ne le croyons pas. Ne peut-il pas se faire plutôt que le processus rhumatismal se soit porté sur l'intestin tout comme il s'est porté ensuite sur la plèvre et le péricarde. Et ce processus n'a-t-il pas pu déterminer soit la paralysie de la tunique musculeuse, soit un spasme des fibres musculaires avec contracture, d'ou arrêt des matières? Sans vouloir trancher une question aussi délicate, nous ne pouvons nous défendre de rattacher très directement les symptômes d'occlusion présentés par ce malade, à l'affectien rhumatismale dont il était atteint au début, et qui disparaissant tout à coup a fait place à des manifestations d'un autre ordre, pour reparaître de nouveau sur les articulations après la disparition des accidents abdominaux ; il y a là une chaîne discontinue à maillons différents.

Cette localisation particulière du rhumatisme n'est pas le seul titre qui rende cette observation intéressante. La présence d'un lombric dans les vomissements des premiers jours, l'existence d'une hernie rentrée spontanément sont deux faits assez importants pour attirer notre attention. N'étaient-ils pas de nature, en effet, à obscurcir la solution déjà si difficile de ce problème ? Ne pouvaient-ils pas en imposer pour une occulsion mécanique résultant soit de la présence d'un amas de verts intestinaux soit d'un étranglement interne et conséquemment pousser le chirurgien à intervenir promptement? Cette intervention a d'ailleurs été discutée, et ce n'est qu'un examen approfondi des symp-

tômes survenus depuis l'arrêt des matières fécales qui a décidé M. le professeur Duplouy à la non-intervention ou du moins à l'expectation armée.

On constatait en effet un ballonnement de tout l'intestin grêle ; le gros intestin était absolument libre comme l'indiquait la pénétration des injections jusque dans le cœcum, où se produisaient des bruits hydroaériques très manifestes. L'obstacle, s'il existait, ne pouvait siéger qu'au-dessus de la valvule de Bauhin. Mais dans toute la région péri-ombilicale où se dessinaient les anses intestinales, on ne sentait point de colonne invaginée ; pas ou à peine de douleurs ; le visage était anxieux, le pouls petit et fréquent ; la température était à peu près normale. Comme dans les étranglements internes la constipation était absolue et les vomissements incessants avaient pris une apparence fécaloïde. Toutefois, au moment de la clinique, les matières rejetées exhalaient une odeur plutôt aigre que réellement stercorale et ce caractère était de nature à retenir pour un instant la main du chirurgien ; « dans tous les étranglements, soit herniaires, soit internes, nous disait M. le professeur de clinique, toutes les fois qu'il s'agit d'apprécier les caractères fécaloïdes des vomissements, c'est le cas de dire avec le poète : *minium ne crede colori.* » On attendit donc et on fit bien car des matières jaunâtres et grenues s'exprimèrent directement quelques heures plus tard à travers le gros intestins. A partir de ce moment les évacuations devinrent nombreuses et abondantes.

Notons aussi ce fait que les premières selles coïncidèrent avec l'administration d'un lavement purgatif additionné d'une forte proportion *d'assa-fœtida*, donné en vue de combattre le spasme musculaire de l'intestin auquel M. Duplouy rapportait volontiers tout le cortège de symptômes forts menaçants que présentait cet intéressant

malade. Il en attendait, sans trop y compter toutefois, des résultats aussi avantageux, que ceux qu'il en avait plusieurs fois obtenus dans des cas de pneumatose hystérique. Cette coïncidence ne donne-t-elle pas une certain valeur à l'opinion qu'on s'était faite de la nature des accidents ?

Choléra. — Nous ne citons que pour mémoire le choléra qui peut quelquefois simuler l'étranglement interne. Il existe dans la science plusieurs observations de ce genre. L'erreur inverse a été commise. MM. les docteurs Fournier et Ollivier (1) ont publié en 1867, dans les mémoires de la Société de biologie, une observation d'étranglement interne où tous les symptômes du choléra existaient.

Empoisonnements. — Les empoisonnements ont aussi parfois donné lieu aux symptômes de l'occlusion intestinale de cause mécanique. L'erreur inverse a été commise comme dans le choléra, et dans les archives générales de médecine de 1829. Rostan (2) rapporte le fait médico-légal suivant dans lequel c'est l'étranglement interne qui en a imposé pour un empoisonnement.

Le sujet de cette observation est Mlle Hullin, femme de Saint-Eloy, danseuse à l'Opéra, âgée de vingt-huit ans, qui périt si malheureusement, en deux jours à peine, avec les symptômes de l'iléus. Son mari, calomnieusement accusé par la rumeur publique d'avoir commis le crime d'empoisonnement, sollicite lui-même une exhumation juridique. MM. Orfila et Rostan constatèrent que le colon ascendant se trouvant étranglé par un des appendices graisseux du meso-colon. Dans le premier volume de l'Union

(1) *Soc. de biol.*, 1667. — Fournier et Ollivier. Notes sur un cas d'étr. int. qui fut pris pour un cas de choléra épidémique.

(2) *Arch. de méd.*, 1829,

médicale (1), on cite un autre cas de ce genre dans lequel on soupçonna un empoisonnement chez une femme qui vivait mal avec son mari et qui était morte rapidement. Le docteur Houles, chargé de faire un rapport médico-légal, trouva à l'autopsie, au-dessus de la valvule iléo-cœcale, un appendice vermiforme de plusieurs centimètres de largeur qui avait embrassé une anse entière de l'intestin grêle et s'était noué avec elle.

Dans l'intoxication saturnine dont nous avons déjà eu l'occasion de dire quelques mots, la constipation peut être quelquefois assez opiniâtre pour faire penser à une occlusion vraie. On a fréquemment observé un arrêt de dix à quinze jours dans le cours des matières intestinales. Dans ces cas, les renseignements fournis par le malade, et la réunion de quelques autres indices, tels que la coloration ardoisée du bord libre des gencives, les douleurs dans les membres, la marche de l'affection, l'effet des bains sulfureux seront de précieuses données pour éviter toute erreur.

Traumatismes. — Il n'est pas rare d'observer à la suite des grands traumatismes de l'abdomen, d'opérations telles que l'ovariotomie, par exemple, une parésie de l'intestin assez prononcée pour inquiéter le chirurgien. L'arrêt du cours des matières le prolonge souvent huit et dix jours, quelquefois plus longtemps et s'accompagne de symptômes particuliers soit au volvulus, soit à l'étranglement.

Comment expliquer ici cette suspension des évacuations? Est-elle due à un épanchement sanguin pouvant comprimer l'intestin et en comprimer le calibre, ou encore à une hémorrhagie intestinale dont le sang caillé aurait fait l'office

(1) *Union méd.*, T. I, p, 284.

de corps étranger? Les précautions prises pour empêcher le sang de s'épancher dans la cavité abdominale dans les opérations dont il s'agit permettent de répondre négativement à la première interprétation ; quant à la seconde elle n'est pas plus admissible, puisque l'examen des premières selles ne laisse constater aucune trace de sang. Il nous semble plus naturel d'expliquer cette paralysie momentanée soit par un épuisement du système nerveux, soit par une péritonite subaigüe et propagation de l'inflammation aux tuniques contractiles du tube intestinal.

Nous n'avons trouvé dans les diverses revues médicales qu'une seule observation de pseudo-occlusion intestinale se rapportant à ces causes.

Observation XII.

Pseudo-occlusion consécutive à un traumatisme abdominal (1).

Le nommé Adou-ben-Mohamed, âgé de 25 ans et de forte constitution, entre à l'hôpital d'Arzew dans l'après-midi du 22 décembre 1875. Cet homme, qui travaille au chemin de fer, vient d'être renversé sur la voie par un wagon qui l'a tamponné au ventre au niveau de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre. Le malade est visité immédiatement. Le ventre est souple, seulement douloureux à la pression, au point ou a frappé le tampon. Il n'y a pas d'épanchement sanguin ni sous la peau ni dans l'épaisseur des parois abdominales. Le malade nous dit que ce n'est rien et qu'il en sera quitte pour la peur. Nous le croyons et ne lui prescrivons que des cataplasmes arrosés de laudanum.

Mais le lendemain 23, à la visite du matin, la scène a changé. La nuit a été fort mauvaise et le malade n'a pas, n'a que peu reposé. L'abdomen est le siége de douleurs vagues intermittentes. Il est ballonné, très douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, mais cependant sans empâtement pouvant faire croire à un épanchement sanguin sous-péritonéal. Il a eu des vomissements bilieux. Le

malade est fort abattu; le pouls est serré, fréquent. Il n'y a pas de fièvre. Enfin, depuis l'accident, Adou n'est pas allé à la selle. La miction est aussi complètement impossible; la vessie distendue fait saillie à l'hypogastre et est très douloureuse à la pression.

Sans entrer dans des détails où l'on ne trouverait que le tableau ordinaire de l'iléus, nous dirons que jusqu'au 24 Décembre au soir, malgré l'administration de purgatifs énergiques par la bouche et le rectum, malgré des lavements d'eau de Seltz, aucune garde-robe n'a été obtenue. Le ventre était énormément ballonné, les vomissements presque continus et fécaloïdes, le hoquet très fatigant, les yeux enfoncés, le pouls misérable, les extrémités froides et cyanosées. Il existait de la douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque droite sans qu'on put constater nulle part une accumulation de matières fécales.

Je me décide sans plus tarder à avoir recours à l'électricité. L'appareil de Gaiffe au bisulfate de mercure est employé. Tout d'abord un pôle est mis à l'anus et l'autre dans la bouche. Mais le passage du courant provoquant quelques phénomènes du côté des organes thoraciques (augmentation du hoquet, étouffement), le pôle de la bouche est alors promené sur la paroi abdominale. La séance dure dix minutes. Sous l'influence du courant les anses intestinales se dessinent encore mieux. L'intestin paraît se contracter; nous entendons en effet quelques gargouillements.

Dans la même séance nous électrisons également la vessie : un pôle placé à l'orifice du canal de l'urèthre un auter est promené à l'ypogastre au niveau de la vessie. Rien ne se produit de ce côté et nous sommes obligés de recourir encore au cathétérisme. Les urines sont d'un rouge brun, alcalines, et ont un dépôt abondant de mucus et de phosphates.

25 Décembre matin. — Même état grave; nouvelle séance d'électricité sans résultat; cathétérisme. Le soir, à l'issue d'une nouvelle séance, il se produit un gros gargouillement comme si l'obstacle venait d'être rompu; puis le malade va à la selle. Les matières fécales rendues sont peu abondantes, sans dureté, et diluées dans une certaine quantité de liquide.

Les vomissements ne se sont plus reproduits, et l'état s'améliora rapidement.

A partir de ce moment les matières fécales suivent leur cours

naturel et le malade n'est plus retenu à l'hôpital que par la paralysie de la vessie pour laquelle on continue le traitement par l'électricité.

Maladies des organes plus ou moins éloignés de l'intestin qui peuvent produire la pseudo-occlusion.

Nous rangerons dans ce chapitre les cas dans lesquels l'intestin sans être malade subit l'impression que les parties voisines, les organes plus ou moins éloignés, ont exercée sur lui. Cette impression se traduit lorsqu'elle est poussée à l'extrême par les phénomènes les plus caractéristiques de l'étranglement intestinal : vomissements répétés, fécaloïdes, douleurs atroces, arrêt des matières, ballonnement du ventre, etc. Puis subitement dès que la lésion primitive cesse d'exister, et comme par enchantement, les symptômes tout à l'heure si graves d'étranglement s'amendent immédiatement et quelques heures après l'intestin recouvre ses fonctions normales.

La découverte des actions réflexes est venue élucider une foule de questions de pathologie qui jusque-là étaient restées inexpliquées. Ces troubles curieux de l'intestin sont de ce nombre. Est-ce à dire que la science, dit Henrot, en proposant cette explication, ait donné son dernier mot sur ces questions? Nous sommes loin de le penser; seulement, dans l'état actuel nous croyons qu'on peut expliquer par ces actions réflexes des phénomènes qu'il serait difficile d'expliquer autrement.

Sans entrer dans de longues considérations sur les travaux de Lallemand, Marshal-Hall, Muller, Brown-Séquard,

Longet, Claude Bernard, etc... qu'il nous suffise de dire avec Martineau (1).

« Son existence ne saurait être mise en doute, et l'on verra même que s'il existe fréquemment une lésion matérielle, soit des centres nerveux, soit des organes glandulaires, qui rendent compte des désordres observés soit du côté de la contractilité intestinale, soit du côté de la sécrétion, le plus souvent, il est impossible de constater une altération quelconque, et la constipation ne peut être expliquée que par une action réflexe. Du reste, l'intestin est un des organes où les actions réflexes sont les plus évidentes. »

« Les diverses sécrétions du tube digestif, dit Brown-Séquard (2), et la progression du bol alimentaire depuis son entrée dans l'œsophage jusqu'à sa sortie du tube digestif, sont sous la dépendance du pouvoir réflexe. »

Ce même auteur démontre que ces actions sont de deux ordres; les unes produisent un mouvement, une contraction de la fibre musculaire, les autres, au contraire, se traduisent par une paralysie. Ce sont les actions réflexes d'arrêt ou paralysantes.

Ces troubles réflexes de l'intestin sont aujourd'hui suffisamment démontrés par les observations recueillies au lit du malade et par les autopsies.

Une foule de faits viennent, en effet, nous prouver que l'étranglement du testicule dans le canal inguinal, l'inflammation de cet organe, les hernies de l'ovaire, l'étranglement de la vessie (Nélaton, *Path. ext.*), peuvent simuler, de la façon la plus complète, l'occlusion intestinale de cause mécanique. Nous citerons encore des kystes, des

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IX, p. 126.

(2) Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs. Intr.

pseudo-kystes, des abcès, des adénites, etc. Les exemples pullulent.

On a vu l'orchite, dit Verneuil (1), simuler absolument la hernie étranglée jusqu'à produire la péritonite et la mort. Dans ce même article, il ajoute : le diagnostic des tumeurs inguinales et quelquefois fort obscur ; on a commis dans cette région des erreurs de diagnostic si extraordinaires et si funestes; ces erreurs ont été commises par des hommes si haut placés qu'on est forcé d'admettre que nul n'en est à l'abri. Les accidents peuvent retentir principalement du côté de l'abdomen, et conduisent à prendre un abcès inguinal pour une hernie étranglée. On trouve dans l'aine une tumeur irréductible, douloureuse au toucher, enflammée à la surface avec ballonnement, sensibilité du ventre, nausées, vomissements, constipation. Le patient annonce être ou avoir été atteint de hernie, ou bien il affirme que la tumeur est de date récente, qu'elle a paru subitement à la suite d'une indigestion, d'un effort, etc., Tout conspire pour tromper le chirurgien, et la prudence interdit l'abstention. L'opération ne rencontre qu'un foyer inflammatoire ou purulent, dont l'ouverture, par bonheur met d'ordinaire terme aux accidents.

Duplay et Nélaton signalent aussi la difficulté du diagnostic de ces diverses tumeurs dans les points où l'on observe les hernies et qui provoquent tous les symptômes locaux et généraux de l'occlusion intestinale.

Les hernies graisseuses, petites tumeurs adipeuses, qui se montrent au niveau des ouvertures naturelles ou en tout autre point de la paroi abdominale, le plus souvent au voisinage de la ligne blanche, sont aussi à citer. Lorsqu'elles s'enflamment, elles peuvent donner naissance à

(1) *Dict. Encyclop.* T. II, p. 329.

des troubles qui rappellent tout à fait ceux de l'étranglement interne. Cette inflammation débute par une douleur vive, continu, exagérée par la pression et les mouvements ; puis surviennent, comme dans l'occlusion vraie, la sensibilité et la tension de l'abdomen, la suspension des garderobes, parfois des nausées, mais les vomissements sont rares et ne sont jamais *stercoraux*. Dans ces cas elles peuvent être surtout confondues avec une épiplocèle étranglée, et les chirurgiens les plus habiles, dit Péan (1) en ont opéré.

Ajoutons à cette énumération déjà longue les abcès et les phlegmons iliaques qui peuvent, dans certains cas, sans qu'il y ait compression mécanique, donner lieu aux mêmes phénomènes. Une femme atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite fut prise de vomissements avec coliques et constipation. Elle avait une hernie crurale qu'on s'empressa d'opérer ; on n'y trouva aucun vestige d'étranglement (Gendrin cité par Gosselin). Jobert de Lamballe (2) a signalé ces faits dans son *Traité des maladies de l'abdomen*.

La constipation opiniâtre, jointe aux accidents douloureux de la colique hépatique, peut quelquefois simuler l'étranglement intestinal, abstraction faite, bien entendu, des cas où la concrétion biliaire engagée dans l'intestin donne lieu véritablement à une obstruction intestinale. A l'occasion d'une très remarquable observation rapportée à la Société des hôpitaux, par Marotte, en 1856, observation relative à des accidents d'étranglement interne attribués à la rétention d'un calcul biliaire dans l'intestin grêle, et qui avait rapidement disparu à la suite de la palpation de

(1) *Maladies de l'abdomen.*
(2) *Traitement des tumeurs de l'abdomen.*

l'abdomen; Béhier, émit l'idée que les signes d'étranglement dans ce cas avaient été dus seulement à la présence d'un calcul à l'orifice cholédoque. « Il s'est passé là, dit cet éminent médecin, ce que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin qui donne lieu à tous les symptômes d'un étranglement interne. » A l'appui de cette opinion, Durand-Fardel apporte une observation dans laquelle des accidents d'étranglement intestinal observés pendant la vie ne purent être expliqués, à l'autopsie, que par la présence d'un calcul arrêté par un cancer de la fin du canal sans altération intestinale proprement dite.

Signalons encore la colique néphrétique dont les symptômes se rapprochent quelquefois beaucoup de ceux de l'occlusion vraie.

Les chirurgiens rapportent aussi à cette même cause les accidents qui se montrent dans les hernies épiploïques enflammées ou étranglées, ceux qui se développent lorsqu'il existe un léger pincement des tuniques intestinales, pincement qui, n'obstruant pas le canal, ne saurait expliquer tous les accidents annonçant une obstruction complète. Nous croyons devoir reproduire un fragment d'un intéressant article de M. Lefort, sur ce sujet. (1).

Voici ce que dit cet éminent chirurgien : « une hernie épiploïque s'enflamme ou s'étrangle. Il n'y a pas de péritonite, mais tous les phénomènes principaux de l'entérocèle étranglée se présentent : constipation, vomissements, etc...

Y a-t-il dans ce cas obstacle au cours des matières? En aucune façon. L'opération est pratiquée. L'épiploon plus ou moins serré dans un anneau fibreux trop étroit causait tous ces accidents; on l'étrangle dans une ligature : tous les accidents cessent.

(1) *Gazette hebd.*, 1865.

Le chirurgien est appelé trop tard dans une entérocèle étranglée, et les accidents les plus graves sont survenus. La gangrène se produit, un abcès s'ouvre à l'intérieur ; les matières contenues dans l'anse sphacélée sont expulsées, mais le bout supérieur serré encore dans l'anneau constricteur ne peut se vider, cependant tout accident a cessé depuis la mortification de l'intestin.

Peut-on dire dans ces cas qui ne sont pas très rares que les accidents ont leur point de départ dans l'obstacle mécanique au cours des matières? Nullement, puisque d'une part la continuité du canal n'étant pas interrompue les accidents se sont montrés, et de l'autre l'interruption persistant les accidents ont cessé.

La cause est pour nous dans l'excitation pathologique des nerfs sympathiques abdominaux réagissant par réflexion sur les centres nerveux. La physiologie nous enseigne que l'intestin et toutes les parties accessoires du tube digestif animées par les filets sympathiques émanés des plexus abdominaux sont peu sensibles aux excitants extérieurs, piqûre, brûlure, pincement.

Au contraire les douleurs les plus vives sont amenées par les perturbations les plus légères dans l'innervation intestinale. La distension de l'intestin par les gaz trop abondants, l'inflammation de son enveloppe séreuse, la dilatation des conduits excréteurs, tels que l'urèthre ou le canal cholédoque amènent les horribles douleurs des coliques néphrétiques, hépatiques et de miserere. Il en est de même dans les hernies.

Si une gêne quelconque est apportée au cours des matières, l'intestin réagit vivement contre l'obstacle et sa contraction exagérée devient par cela même douloureuse ; l'accumulation des matières fécales dans le bout supérieur en dilatant outre mesure l'intestin vient encore augmenter

les troubles nerveux, les amène à leur summum d'intensité et le ralentissement qui s'exerce sur les centres nerveux amène par action réflexe les vomissements, l'accélération du pouls, la tendance à la syncope. Il suffit pour se rendre compte de ces faits d'avoir senti une fois l'horrible et énervante douleur qui accompagne un obstacle quelconque au cours des liquides intestinaux.

L'arrêt de la circulation des matières n'est pas, comme on semble le croire dans la pratique suivie, la cause primordiale et essentielle des accidents ; ce qui le prouve c'est que ces accidents existent alors même que, mécaniquement et physiquement, l'intestin est libre comme dans la hernie épiploïque étranglée, comme dans les cas où l'intestin est pincé par une partie seulement de sa circonférence ; c'est qu'ils cessent et disparaissent alors que cet obstacle subsiste encore comme dans une hernie étranglée suivie de céphacèle, mais dont le contenu ne s'est pas encore vidé à l'extérieur.

Quelles sont la marche et la cause des accidents qui suivent l'étranglement herniaire?

Une hernie sort brusquement et se trouve serrée dans l'ouverture qui lui a donné passage ou, à un instant donné, le collet d'un sac herniaire comprime l'intestin qui s'y trouve engagé; presque aussitôt, et alors même que peu ou pas de liquide ou de gaz se sont accumulés dans le bout supérieur, l'intestin dont les mouvements péristaltiques sont gênés devient le siège d'une réaction vitale plus ou moins énergique qui se traduit par des douleurs. Ces troubles de l'innervation intestinale se réfléchissent sur les centres nerveux, et les accidents généraux apparaissent. Bientôt l'accumulation des matières dans le bout supérieur, en distendant l'intestin et les nerfs qu'il renferme, vient augmenter les phénomènes, les mouvements

antipéristaltiques prédominent ou existent seuls, et les vomissements se montrent. Que l'étranglement soit levé, les mouvements péristaltiques deviennent possibles. Toute réaction nerveuse cesse, et tout reste dans le calme, même si une paralysie momentanée du bout supérieur, comme cela se voit quelquefois, laisse persister en partie l'accumulation des liquides intestinaux. Que la gangrène survienne, et la destruction des nerfs contenus dans les parties étranglées supprime la réaction et sa manifestation en supprimant les organes chargés de la transmettre.

Que l'épiploon, plus ou moins comprimé mais non détruit, soit serré fortement par une ligature et par la même cause et le même mécanisme, c'est-à-dire la destruction des filets nerveux, tout symptôme d'étranglement disparaîtra. « *Ubi dolor, ibi fluxus.* » Autour du point serré, les vaisseaux se congestionnent, la péritonite se déclare, et cet accident lié aux troubles nerveux n'est à craindre que par les phénomènes réactionnels qu'il amène ; car qui pourrait dire que c'est l'afflux sanguin dans le péritoine ou plutôt dans les organes qu'il recouvre, qui amène la mort, quelquefois si rapide, dans la péritonite par perforation. Mort en quelque sorte mystérieuse et inexplicable dans sa cause, si l'on n'avait pas pour l'expliquer l'action réflexe des filets sympathiques. »

Observation XIII

Étranglement du testicule dans le canal inguinal. Signes d'occlusion intestinales. (1)

Le nommé G.... (Joseph), âgé de 27 ans, ébéniste, d'une taille au-dessus de la moyenne, robuste et bien constitué d'ailleurs, entre dans le service de M. Velpeau, le 31 janvier 1865.

(1) *Gaz. des Hôpit.* Mars, 1865.

Mon collègue, M. Leroy, appelé immédiatement, constate les faits suivants : le malade est dans un état déplorable; il se plaint de douleurs atroces qui lui arrachent des cris et vomit avec effort à plusieurs reprises; dans l'aîne droite, il porte une tumeur offrant toutes les apparences d'une hernie étranglée, point de départ de tous les accidents dont le début remonte à deux heures; les matières vomies sont brunâtres et exhalent une odeur infecte rappelant celle de la matière fécale. Le malade est dans un bain dont on le retire au bout de trois-quarts d'heure sans amélioration notable. Néanmoins, la douleur est un peu moins vive, et M. Leroy peut constater dans l'aîne la présence d'une tumeur du volume d'une orange environ, très dure, légèrement mobile, sans sonorité, extrêmement douloureuse à la pression, sans apparence de gargouillement. Le scrotum du même côté est distendu rempli de liquide et fluctuant.

Le malade raconte que, depuis sa naissance, il a le testicule droit collé contre la racine de la verge et pouvant rentrer dans le ventre à la moindre pression. Aujourd'hui, tandis qu'il était debout et vernissait un meuble, peu de temps après son repas, il éprouva une violente douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'il sentait une grosseur se former dans l'aîne, grosseur qui peu à peu s'étendit au scrotum, du même côté.

On prescrit de la glace sur la tumeur et à l'intérieur un purgatif consistant en jalap et en calomel.

A dix heures du soir, c'est à dire dix heures après le début des accidents, la tumeur et la doulcur avaient à peu près complétement disparu.

Le lendemain matin, 1er février, les choses sont rentrées à peu près dans leur état normal. Ce jeune homme raconte qu'il y a deux ans, à l'occasion d'accidents analogues, il faillit subir à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération de la hernie étranglée. Le malade est renvoyé le 3 février avec un bandage dont la pelotte appliquée à l'anneau externe, empêchera autant que possible, la rentrée du testicule dans le canal.

M. Velpeau a appelé l'attention à sa clinique sur ce cas intéressant. « On sait combien est violente la souffrance déterminée par la pression du testicule : bientôt sont venus se joindre des vomissements qui ne manquent jamais dans toutes les affections douloureuses siégeant à l'abdomen ou aux environs, et on a sous les yeux le formidable cortège des accidents de l'étranglement herniaire, peut-être même à un degré

d'acuité de plus, car les malades, dans la hernie, n'accusent pas à beaucoup près des souffrances aussi vives. Cette acuité constitue un point important pour le diagnostic, qui se complète par l'étude attentive de la tumeur, et surtout, comme dans le cas actuel, par la connaissance des antécédents. »

Observation XIV

Kyste de la région inguinale. On croit à une hernie étranglée. Opération. On trouve une masse épiploïque pédiculée avec des ganglions légèrement ramollis. Ligature en masse du pédicule. Péritonite. Mort en six jours. Femme de 71 ans (1).

Observation XV

Kyste de la région crurale enflammé; phénomène d'étranglement herniaire. Opération. Le sac, mis à découvert et ponctionné, laisse échapper une très grande quantité de sérosité. Après que le sac eut été largement ouvert, on ne trouva rien dans son intérieur. Les accidents se calmèrent en quelques jours. Guérison en quinze jours. Femme de 60 ans (2).

Observation XVI

Tumeur inguinale droite prise pour une hernie étranglée. Opération. Abcès. Mort (3).

Les deux observations qui vont suivre nous ont été communiquées par M. le Professeur Duploüy; nous le prions de recevoir, ici, nos remercîments bien sincères.

Observation XVII. — (Inédite)

Petit kyste d'un sac déshabité; phénomènes d'étranglement. Homme dequarante ans, envoyé à l'hôpital Saint-Charles, par M. le docteur

(1) Chassagnac. *Revue médic. chir.* T. XXVII, p. 281. — 1855.
(2) *Arch. gén. méd.* 1e série. T. IV, p. 82.
(3) Mannoury. *Soc. anat.*, p. 44. — 1841.

Chastang. Taxis infructueux; on croit à une hernie marronée crurale d'autant plus qu'on sent une sorte de pédicule qui s'engage profondément vers le sommet du prisme crural. Le malade accusait une hernie ancienne. On opère et on tombe sur un kyste de la grosseur d'une noix appendue à un cordon filiforme mais absolument plein qui pénètre à travers l'anneau crural. Son accroissement rapide avait été la cause des accidents de pseudo-étranglement. Guérison.

Observation XVIII. — (Inédite).

En 1872, M. le professeur Duploüy vide par l'aspiration un sac herniaire énorme contenant plus de 300 grammes de liquide chez un nommé M. de Surgères, porteur depuis de longues années à la région crurale droite d'une tumeur irréductible de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, après fatigue, se distendit outre mesure et donna lieu aux symptômes de l'étranglement. Il suffit d'une aspiration puis de la compression pour amener la guérison. On ne trouva rien dans la poche et tout en faisant part de l'incertitude des commémoratifs, le chirurgien pensa que dans ce cas et dans l'autre, il s'agissait de kystes dans des sacs déshabités.

Ces observations que nous pourrions multiplier sont une preuve bien convaincante des conséquences de l'action réflexe sur l'intestin dans certaines maladies d'organes plus ou moins éloignés. Cette brusque apparition dans ces différents cas de phénomènes aussi graves du côté du tube intestinal peuvent-ils s'expliquer par la propagation de l'inflammation? Nous ne le croyons pas. La disparition subite, instantanée des accidents dès que la cause primitive a cessé d'exister ne nous permet pas d'adopter une telle explication.

TROISIÈME PARTIE

Diagnostic.

Lorsqu'un médecin est en présence d'un ensemble de signes caractéristiques d'un arrêt complet des matières fécales ; chercher à établir, si cette série de phénomènes dépend d'un obstacle matériel ou d'un trouble fonctionnel de l'intestin, tel est le problème qu'il doit essayer de résoudre.

« Dans les cas de ce genre, comme dans mille autres, la chose véritablement utile pour le malade et pour le médecin, dit Louis (1), c'est le diagnostic, et le diagnostic dans les premiers temps de la maladie avant que le désordre soit au-dessus des ressources de la nature. »

Ici tout particulièrement, ce diagnostic si difficile à établir et en même temps si nécessaire à la thérapeutique réclame avant tout un examen minutieux de la région abdominale et des recherches précises sur la date de la constipation et sur les antécédents des malades. Il exige en outre une connaissance parfaite des symptômes particuliers aux différentes variétés d'occlusion intestinale

(1) *Arch. de méd.* 1re série t. XIV.

vraie et une étude approfondie des affections qui peuvent troubler le fonctionnement du tube intestinal, au point d'empêcher les matières fécales de suivre leur cours régulier et de donner lieu ainsi à une pseudo-occlusion. Ces renseignements seront complétés par l'examen du gros intestin soit par le toucher rectal, soit à l'aide de sondes introduites par le rectum.

Si la solution de ce problème n'est pas impossible, elle est au moins d'une difficulté extrême. Nous essaierons cependant, après avoir indiqué brièvement les symptômes caractéristiques des différentes espèces d'étranglement, d'exposer assez nettement pour arriver à une solution satisfaisante, ceux des affections qui peuvent les simuler.

1° OCCLUSION INTESTINALE VRAIE.

Invaginations. — Les phénomènes d'occlusion sont généralement incomplets, le ballonnement du ventre est peu marqué. Il y a souvent des selles sanguinolentes, fétides, ressemblant à celles de la dysenterie, constituées par un mélange de mucus et de glaires; le ténesme anal est parfois très-violent.

La palpation de l'abdomen permettra le plus souvent de constater la présence d'une tumeur mollasse, en forme de boudin, douloureuse à la pression et légèrement mobile. Il est un autre signe signalé par Dance qui acquiert ici une grande valeur, dans les invaginations ileo-coliques et ileo-cœcales qui sont les plus fréquentes, l'absence du cœcum et du colonascendant dans la fosse iliaque droite et dans le flanc droit, donnent lieu à une certaine dépression de ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un renflement, une tumeur plus ou moins volumineuse.

Les phénomènes nerveux sont très marqués.

L'étranglement proprement dit. — Interroger les commémoratifs. Le malade a-t-il eu des péritonites? Des hernies?

Les accidents graves dès le début se présentent souvent au milieu de la santé la plus parfaite, par une douleur très vive. Les vomissements apparaissent de très bonne heure; ils sont difficiles à modérer et presque toujours stercoraux. La constipation est absolue; elle résiste dès le début à tous les moyens. L'abdomen se développe avec rapidité, mais le météorisme n'est jamais excessivement considérable.

Pas de tumeur abdominale.

Dans les autres variétés, les commémoratifs et le développement progressif des symptômes permettront le plus souvent d'éviter toute erreur.

2° PSEUDO-OCCLUSIONS.

Maladies de l'intestin. — Dans l'entérite, qui est la maladie de l'intestin dans laquelle s'observe le plus fréquemment un arrêt dans le cours des matières fécales; en considérant l'invasion graduelle du mal, sa marche progressive, le défaut ou le peu de douleur localisée, l'absence de matité circonscrite, l'impossibilité de trouver nulle part trace de tumeur, le diagnostic n'offrira pas de difficulté. La bénignité de certains symptômes, à une période déjà éloignée du début, fera écarter l'idée d'un étranglement, même celle d'une oblitération stercorale, et fera penser à un arrêt des contractions péristalliques de

l'intestin, arrêt produit par une simple inflammation ou congestion de la muqueuse. Dans la typhlite, l'erreur est plus facile, le diagnostic souvent obscur, du moins pendant quelques jours. La présence d'une tumeur reproduisant exactement la configuration du cœcum, la douleur localisée dans la fosse iliaque droite, ou s'irradiant du côté des lombes ou de la cuisse, sont des indices qui auront leur importance. Si cette affection se complique de périty phlite, le thermomètre met fin à toute hésitation.

Maladies du péritoine. — Dans la première partie de notre travail, nous avons insisté sur ce fait : que la péritonite aigüe et en particulier la péritonite par perforation, sont celles de toutes les affections citées, dans lesquelles on voit survenir le plus fréquemment les symptômes qui peuvent en imposer pour une occlusion intestinale de cause mécanique. Nous avons dit que bon nombre de chirurgiens distingués n'avaient pas été à l'abri de cette méprise, et nous avons prouvé par la relation de plusieurs observations, que parfois même on est allé pratiquer la gastrotomie dans le but de lever un obstacle au cours des matières, qui n'existait pas.

Nous allons maintenant analyser aussi minutieusement que possible les signes qui pourront éclairer le diagnostic.

Dans l'occlusion vraie, la douleur est spontanée, souvent localisée pendant un certain temps, peu accrue à la pression, tandis que dans la péritonite, elle se généralise rapidement à tout l'abdomen, et s'accompagne d'une vive exacerbation au moindre attouchement.

Le ballonnement du ventre, la tympanite ne paraissent pas, d'après Duplay, acquérir un développement aussi considérable dans la péritonite que dans l'étranglement interne vrai. Le météorisme qui accompagne la péritonite, est égal dans toutes les régions de l'abdomen, tandis que,

dans l'étranglement on peut constater qu'une portion du tube intestinal est seule distendue, ce qui entraîne une déformation irrégulière de l'abdomen. La constipation est toujours opiniâtre, absolue, dans l'occlusion de cause mécanique. Dans la péritonite, les malades émettent dans certains cas quelques gaz par l'anus; la constipation est même quelquefois remplacée par la diarrhée, vers la fin de la maladie.

D'après Duplay (1), de la matité occupant la région sous-ombilicale de l'abdomen en rapport avec un certain degré d'épanchement serait en faveur de la péritonite.

La nature des vomissements doit tenir iciune large part dans le diagnostic. Quoique on ait noté dans plusieurs observations la présence de vomissements stercoraux; ils sont rares dans la majorité des cas. Ils sont le plus fréquemment jaunâtres, foncés, d'une odeur très désagréable, laissant un goût horrible dans la bouche, et n'ont jamais nettement la nature fécaloïde des matières rejetées dans l'étranglement interne. Notons de plus que dans les affections du péritoine ils sont au début bilieux, verdâtres, porracés.

Gosselin distingue trois espèces de vomissements : les vomissements porracés de la péritonite franche; les vomissements stercoraux non douteux qui se produisent dans les étranglements de l'intestin; enfin, les vomissements intermédiaires aux deux premiers constitués par un liquide brun, verdâtre foncé, laissant déposer des matières glaireuses et des dépôts brunâtres. Ce sont ces derniers que l'on rencontre plutôt dans les cas de péritonite.

Il est encore un symptôme important qui peut à lui seul, le plus souvent, mettre fin aux hésitations du médecin;

(1) Arch. gén. de méd.

nous voulons parler de la température. Elle est, en effet, différente dans la péritonite et dans l'occlusion intestinale aigüe, surtout au début. Dans la péritonite, le début peut être marqué par un frisson ; la fièvre arrive immédiatement et l'élévation de la température, considérable, peut aller jusqu'à 39° et 40° ; le pouls est petit, serré, fréquent. Dans l'étranglement interne, au contraire, la première période est toujours caractérisée par un abaissement notable de la température ; ce n'est que plus tard, lorsque l'intestin se sphacèle et que l'inflammation du péritoine se déclare, que la chaleur augmente.

Dans les pseudo-occlusions, en somme peu fréquentes, qui surviennent dans le cours des affections du système nerveux, des fièvres graves, etc., les phénomènes de tympanite, de constipation, auront précédé de longtemps les douleurs et les vomissements ; de plus, les antécédents du sujet, la maladie dont-il souffre actuellement, guideront presque toujours le médecin et permettront d'éviter toute erreur.

Quelquefois, cependant, dans cette forme que nous pourrons appeler chronique, la confusion avec le rétrécissement progressif de l'intestin est impossible à éviter. L'état des selles, les diathèses cancéreuse, tuberculeuse, viendront peut-être dans ces cas, éclairer un peu le diagnostic qui ne sera le plus souvent qu'un diagnostic de probabilité.

Nous nous sommes assez longuement étendus sur l'arrêt complet des matières intestinales dans le cours du rhumatisme (Observation XI) pour ne pas y revenir ici. Qu'il nous suffise de rappeler ce fait.

Empoisonnements. — Puisqu'il y a possibilité de confondre l'étranglement interne avec un empoisonnement, comme nous l'avons montré précédemment, il devient nécessaire d'établir le diagnostic différentiel de ces deux états

morbides et d'insister sur les symptômes particuliers qui peuvent permettre d'éviter la confusion.

Laissons à ce propos la parole à Orfila (1) qui a exposé d'une façon magistrale la différence de ces deux affections. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« 1° — Dans l'empoisonnement aigu on n'observe point de symptômes précurseurs, tandis qu'assez souvent dans l'iléus symptomatique on remarque que les malades sont sujets à la constipation ou à la diarrhée, aux coliques, aux nausées, aux borborygmes, à la tension et à la flatulence du ventre, à des maladies de foie, etc.; quelquefois on apprend qu'ils ont avalé certains corps pouvant former le noyau des concrétions auxquelles il est permis d'attribuer l'occlusion du canal intestinal; dans d'autres circonstances on reconnait par le toucher la présence d'un corps étranger dans le rectum »;

» 2° — L'invasion est toujours subite dans l'empoisonnement aigu, elle a ordinairement lieu peu de temps après l'ingestion du poison; dans l'iléus symptomatique, elle peut être subite ou lente : dans le premier cas, elle arrive souvent après un grand mouvement, un effort violent accompagné d'un grand sentiment de craquement, de déchirement, de pesanteur, de gêne dans une partie de l'abdomen, ou après un repas copieux, des excès de table; lorsque l'invasion est lente, graduée, il est impossible de confondre l'iléus symptomatique avec l'empoisonnement aigu ;

3° Dans celui-ci, la matière des vomissements formée d'abord d'aliments à demi digérés, de mucus, de bile, contient ensuite une plus ou moins grande quantité de matières stercorales ;

4° Dans l'empoisonnement aigu, il y a assez souvent

(1). Orfila. Traité de méd. Lég. T. III. 1832.

diarrhée, tandis que dans l'iléus, dont nous parlons, la constipation est opiniâtre ; quelquefois on observe une ou deux selles, puis la constipation est tellement prononcée que les clystères les plus irritants ne déterminent aucune évacuation ;

5° La douleur dans les empoisonnements par les poisons corrosifs, se manifeste particulièrement à l'épigastre qui est gonflé et très sensible au toucher ; dans l'iléus symptomatique, le siège de la douleur varie suivant la partie de l'intestin obstruée, et peut occuper tous les points de l'abdomen. Cette douleur et la tension vont en s'irradiant du point où l'occlusion existe vers les autres ;

6° Lorsque l'on palpe l'abdomen, dans un cas d'empoisonnement aigu, on ne découvre point de tumeur, tandis qu'il est permis dans l'iléus symptomatique de sentir quelquefois, dans une ou plusieurs parties de l'abdomen, une tuméfaction plus ou moins manifeste. »

Maladies des organes plus ou moins éloignés de l'intestin. — Le diagnostic des speudo-occlusions déterminées sympathiquement par la présence d'une tuméfaction de nature quelconque, d'une lésion d'un organe plus ou moins éloigné de l'intestin, offre souvent de grandes difficultés. Cependant la connaissance des antécédents, les renseignements recueillis sur le début de l'affection, l'étude attentive de la tumeur, si tumeur il y a, l'analyse minutieuse des symptômes permettent dans le plus grand nombre des cas de distinguer les accidents causés par l'occlusion vraie de ceux de la speudo-occlusion. Rappelons que dans cette dernière classe, les vomissements ne prennent presque jamais le caractère franc des matières fécales. Ajoutons aussi que l'absence d'émissions gazeuses par l'anus fait rarement défaut ; lorsqu'elle n'est pas douteuse

on peut écarter l'idée d'un étranglement interne. Il suffit en somme de signaler ces erreurs possibles et de noter que les symptômes inflammatoires se présentent avec des caractères bien plus marqués dans les lésions de cette nature.

Colique hépatique. — La colique hépatique s'accompagne souvent d'ictère, qui est le premier simptôme d'après plusieurs auteurs. Il faut ici particulièrement consulter les antécédents : le malade est-il sujet à ce genre d'accidents? a-t-il déjà rendu des calculs ? Dans cette affection, la douleur a son siège à l'épigastre à l'hypochondre droit ; de plus elle s'irradie dans la partie correspondante du dos, et parfois jusqu'à l'épaule droite et au cou. Dans l'occlusion, au contraire, la douleur, qui n'a pas d'irradiations peut avoir son siège dans un point quelconque de l'abdomen.

Colique néphrétique. — Nous pouvons à propos de cet accident faire les mêmes remarques que pour la colique hépatique. Dans la colique due au déplacement d'un calcul urinaire, la douleur siège dans les lombes et presque toujours d'un seul côté. Elle s'irradie dans les flancs et jusque dans la vessie, en suivant le trajet de l'urètrhe, etc. Le malade a-t-il déjà éprouvé des douleurs ? A-t-il rendu des calculs par l'urèthre ? Ajoutons que dans les coliques hépatiques et néphrétiques, le ventre, règle générale, au lieu d'être ballonné comme dans l'occlusion est fortement retracté.

Colique nerveuse, colique de plomb. — Par son début généralement brusque, par la douleur vive, dilacérante, atroce, qui se propage dans tout le ventre, par la durée des accès, qui ordinairement de quelques heures peut se prolonger pendant plusieurs jours, par l'existence de la constipation et des vomissements, par l'état du pouls et

de la peau, etc., la colique nerveuse offre plusieurs points de contact avec l'étranglement interne. Mais celui-ci s'individualise par une constipation opiniâtre, des vomissements qui deviennent bientôt stercoraux, par le ballonnement du ventre et la marche progressive des accidents. La pression soulage dans la colique de plomb, ce qui n'a pas lieu dans l'étranglement. D'ailleurs, l'erreur ne serait que de courte durée.

Nous terminerons cette troisième partie si importante de notre travail, en empruntant au Docteur Jonathan Hutchinson dont le nom jouit d'une si grande autorité en Angleterre, le résumé très succinct des symptômes qui peuvent éclairer le diagnostic des différentes variétés d'occlusion vraie et de pseudo-occlusion (1).

Ce savant médecin s'exprime ainsi :

1° Quand un enfant présente subitement les phénomènes d'obstruction intestinale, il est très probable que l'on a affaire à l'invagination ou à la péritonite ;

2° Quand c'est un vieillard, le diagnostic sera : obstruction par matières fécales ou affections cancéreuses ;

3° Dans l'âge adulte les causes peuvent être multiples, mais l'invagination et le cancer se rencontrent très rarement ;

4° L'invagination se reconnaîtra aux efforts de défécation, à la présence du sang ou du mucus dans les matières exactées, à la constipation incomplète et à la présence d'une tumeur demi-molle qu'on trouvera par l'examen des parois abdominales ou par le toucher rectal ;

5° Dans l'invagination, les parois abdominales restent généralement relâchées, et, comme il y a peu de météorisme, il est toujours possible avec l'anesthésie de découvrir l'empâtement ;

(1) *Arch. méd. belges*, décembre 1878 et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879.

6° On soupçonnera une lésion cancéreuse lorsqu'un vieillard aura présenté depuis quelque temps des malaises abdominaux ou des périodes de constipation passagère. Dans ces cas aussi la constipation est souvent incomplète ;

7° S'il y a une tumeur qui compromet l'intestin, on doit se servant de l'éther, la découvrir par la palpation, soit à travers les parois abdominales, soit par le toucher rectal ou vaginal. Il faut cependant prendre garde de ne pas se laisser induire en erreur par la présence de scybales ;

8° Si entre les attaques graves d'obstruction, le malade a joui d'une santé parfaite pendant de longs intervalles, on peut soupçonner la présence d'un diverticulum anormal, ou d'une bride formée par d'anciennes adhérences, ou d'une partie de l'intestin distendue en forme de poche ou d'un volvulus ;

9° Si, dès le début de l'obstruction intestinale, le ventre devient dur et distendu, on est à peu près certain qu'on a affaire à une péritonite ;

10° Quand on voit les mouvements de l'intestin à travers les parois abdominales, il est à peu près certain qu'il n'y a pas de péritonite. Ce symptôme s'observe chez les sujets amaigris qui présentent une obstruction intestinale ayant son siège dans le colon ;

11° La tendance aux vomissements sera en rapport proportionnel avec les conditions suivantes : la proximité du siège de l'obstruction avec l'estomac, l'étroitesse du rétrécissement et la persistance avec laquelle on aura donné des aliments ou des remèdes par les voies supérieures ;

12° Quand l'obstruction a son siège dans le colon ou le rectum, les nausées sont complètement absentes ;

13° Les violents efforts, les vomissements bilieux sont

souvent plus pénibles dans les coliques néphrétiques ou hépatiques que dans l'obstruction intestinale;

14° Les vomissements de matière fécale ne s'observent que dans le cas où l'obstruction n'est pas très bas. S'ils apparaissent de bonne heure, c'est un symptôme grave qui indique une constriction très étroite;

15° L'introduction de la main dans le rectum, d'après la méthode de Simon (d'Heidelberg), peut souvent donner de précieux renseignements.

QUATRIÈME PARTIE

Traitement.

Dans les pseudo-occlusions presque toujours incomplètes, consécutives à des troubles de la sensibilité, le traitement peut se résumer ainsi : supprimer presque complètement les aliments azotés ; recommander les végétaux et surtout ceux dont la trame fibreuse est en partie réfractaire à la digestion dans le but de favoriser les garde-robes en exerçant sur la muqueuse intestinale une stimulation salutaire ; provoquer par des lavements l'évacuation des fèces.

Lorsque l'arrêt des matières intestinales sera dû à une contractilité exagérée de l'intestin, on emploiera avec avantage le camphre, le castoréum, le chloroforme, l'éther, les opiacés, l'assa-fœtida, en un mot tous les médicaments qui ont la propriété de diminuer cet état nerveux particulier connu sous le nom de spasme.

Quand ces accidents de la fausse occlusion seront la conséquence d'une lésion d'organes plus ou moins éloignés de l'intestin, le traitement sera purement étiologique. Il variera naturellement avec la cause ; c'est ainsi qu'il pourra consister à débrider un testicule étranglé, à ouvrir

un abcès des régions inguinale ou abdominale, à traiter la lithiase biliaire ou urinaire. C'est surtout dans ces cas qu'il faut bien se garder d'agir avec une trop grande énergie sur le tube digestif, afin de ne pas rendre malade un organe sain. C'est alors qu'il faut se rappeler le sage précepte de Grisolle : « Quand je ne suis pas sûr d'être utile à un malade, j'aime mieux ne rien faire que de risquer de lui être nuisible ».

Nous serions maintenant exposés à de trop fréquentes répétitions, si nous prenions une à une les causes si nombreuses des pseudo-occlusions en donnant à chacune le traitement qui lui convient. Aussi préférons-nous énumérer successivement les divers moyens employés aujourd'hui et indiquer les cas particuliers dans lesquels ils peuvent avoir une action plus spéciale.

Nous les diviserons en deux classes : 1° moyens médicaux ; 2° moyens chirurgicaux.

1° MOYENS MÉDICAUX

Purgatifs. — Les purgatifs très utiles dans les cas d'obstruction intestinale par des corps étrangers, ou par amas de matières fécales, produisent souvent des effets désastreux dans les étranglements proprement dits, dans l'invagination et dans les pseudo-occlusions survenant dans le cours de maladies dans lesquelles l'intestin et le péritoine sont enflammés. Aussi ne devra-t-on recourir à ces agents qu'avec une grande prudence et seulement dans les cas d'atonie de l'intestin et de paralysie nerveuse. Ici, les purgatifs salins, les drastiques et particulièrement l'huile de croton pourront avoir d'heureux effets.

Lavements. — Les lavements froids, dont on aura accru la propriété stimulante par l'addition de certaines substances telles que : le sel marin, le miel, le séné, le sulfate de soude, etc.., seront administrés dans les mêmes circonstances que les purgatifs.

Mercure. — L'administration de ce corps par les voies supérieures dans l'occlusion intestinale date de longtemps. Dioscoride et Pline en parlent. Ambroise Paré (1) dans le passage suivant, semble préconiser aussi le mercure : « Et si encore pour toutes ces choses le malade n'est allégé, et qu'il jette les matières fécales par la bouche, Marianus Sanctus, homme fort expérimenté en la médecine et la chirurgie dit avoir « veu plusieurs qui estoient échappés de l'iliaque passion (maladie mortelle), en prenant trois livres d'argent vif, avec de l'eau simplement : ce qui advient d'autant que sa pondérité destourne l'intestin qui était entors et replié, et pousse la matière fécale en bas, et fait mourir les vers qui pourraient avoir amené ladite contorsion. »

Aujourd'hui, son emploi est tombé en désuétude, et avec juste raison. Quelques médecins cependant persuadés que le mercure ingéré à haute dose avait pour propriété, non-seulement d'agir par son poids dans quelques cas d'obstruction vraie, mais encore d'exciter la contractilité de l'intestin parésié, l'ont employé et conseillé dans la pseudo occlusion de cause paralytique.Les archives générales de médecine (2) renferment une observation d'iléus attribué à de la paralysie intestinale partielle traité et guéri par ingestion de mercure.

(1) 5me série T. I p. 324.
(2) *Gazette médicales* 1866.

Injections. — Les *injections d'eau*, ont été surtout tentées par Isnard. (1) L'opération doit se faire de la façon suivante : on introduit dans le rectum, aussi haut que possible, une grosse sonde en gomme et l'on y lance l'eau avec force à l'aide d'un irrigateur à forte pression. Cette méthode, qui nous semble appliquable aux cas de pseudo-occlusions dont la cause réside du côté du gros intestin, produirait encore un effet efficace lorsqu'elle siège dans l'intestin grêle car d'après l'auteur que nous venons de citer on pourrait faire remonter le liquide à travers la valvule de Bauhin jusque dans le petit bassin ? Quoique les données actuelles de la physiologie soient contraires à cette assertion nous aurons l'occasion de citer plus loin un nouveau moyen de traitement ayant beaucoup de ressemblance avec celui-ci et visant au même effet.

Nous ne citerons que pour mémoire les *injections d'air* et de *tabac*, soit en fumée, soit en décoction. Les premières conseillées depuis Hippocrate ne nous semblent pas remplir le but désiré ; quant aux secondes, elles peuvent être toxiques et déterminer des symptômes d'empoisonnement mortel qui nous les feront rejeter dans tous les cas, à l'exception de l'iléus de cause spasmodique dans lequel leur action stupéfiante pourrait être utilisée, si les moyens indiqués précédemment ne parvenaient pas à ramener le cours régulier des matières fécales.

Nous recommandons vivement une méthode plus simple et qui donne dans bien des cas d'excellents résultats : c'est l'*injection d'eau de seltz* par le rectum. L'action réelle de l'acide carbonique sur la contractilité musculaire, plaide sérieusement en faveur de ce moyen. L'opération est très simple ; on introduit aussi haut que possible une

(1) 15e *Livre des Opérations.*

canule munie d'un long tube de caoutchouc que l'on adapte ensuite à un siphon; il ne reste plus qu'à presser sur le piston et l'eau de seltz pénètre violemment dans l'intestin.

La *pompe stomacale* a donné des cas de guérison assez nombreux pour mériter aujourd'hui une large place dans le traitement de la pseudo-occlusion. Dechambre s'est servi de ce moyen avec succès après avoir introduit un tube à plus de 40 centimètres, en retirant par aspiration, à plusieurs reprises, une grande quantité de gaz et de liquides. Fonssagrives l'a employée aussi heureusement dans la pneumatose intestinale. (1).

Observation XIX.

S'il serait téméraire d'espérer du succès de l'emploi de la pompe stomacale dans les cas d'occlusion mécanique, comme l'enroulement, l'invagination, la hernie, une tumeur, un entèrolithe ou un changement de structure de l'intestin, il n'en est pas de même de la simple contraction, spasmodique ou non. Des accidents de cette nature s'etaient montrés à trois reprises chez un goutteux, précisément avant l'accès qui, comme une crise heureuse, semblait y mettre un terme. Le 22 novembre 1865, n'ayant pas été à la garde-robe depuis quatre jours, l'huile de ricin, le calomel, le jalap, des sels, des bains, des lavements furent administrés successivement sans aucun résultat. Des fomentations sur le ventre et l'introduction d'un long tube jusque dans le colon pour y pousser, avec l'irrigateur, des liquides purgatifs, furent aussi vaines. La distension de l'abdomen était à sa dernière limite. Les symptômes généraux devenaient de plus en plus alarmants, lorsque M. le docteur Dichson, réuni en consultation avec MM. Fleming et White, le 26 novembre, proposa la pompe stomacale comme aspirateur. Le premier effet des coups de piston fut d'amener des gaz; puis ce furent des matières semi-fluides plein une cuvette. Le docteur White, qui soutenait l'abdomen, le sentait s'affaisser à chaque coup de piston; un soulagement complet en résulta immédiatement.

(1) *Union médicale*, 1863, vol. 31, p. 472.

Belladone. — La belladone a été vantée avec raison. Le docteur Adolphe Henrot, frère de celui que nous avons l'occasion de citer si souvent dans le courant de ce travail, a observé trois cas d'affection intestinale simulant l'étranglement interne, qui ont guéri par la glace *intus* et *extra* et par l'emploi de la belladone à haute dose. C'est à son pouvoir stimulant sur les contractions intestinales que ses avantages doivent être rattachés. « Des expériences sur les animaux, dit Brown-Séquard, m'ont montré de la façon la plus positive que la belladone et le seigle ergoté sont des excitants puissants des fibres musculaires lisses, vaisseaux, utérus et intestin. » Plus loin : « La belladone agit plus que l'ergot sur les fibres musculaires des intestins. » Elle a été vivement préconisée par Bretonneau et Trousseau pour combattre la constipation opiniâtre due à une atonie de cet organe.

Strychnine. — La strychnine, qui possède cette même propriété, mais à un degré extrême, a trouvé aussi son indication dans des conditions analogues. L'*Union médicale* de 1848, mentionne quatre observations où ce médiment a produit les meilleurs effets entre les mains des docteurs Cerise et Homolle, dans des cas de constipation opiniâtre causée par une paralysie dépendant d'affection cérébrale, ou se rattachant à une paresse, à une inertie plus ou moins complète de l'intestin.

Fève de Calabar. — Tout récemment, en décembre 1880 (1), on a parlé pour la première fois de l'emploi de l'extrait de fève de Calabar contre l'atonie intestinale.

D'après Schœffer, médecin allemand, dans les expérien-

(1) Revue d'Hayem.

ces sur les animaux, un des premiers effets de cette substance serait de provoquer les contractions tétaniques du tube intestinal dont le couteau est violemment expulsé.

Le médecin apporte en faveur de cette médication cinq observations de constipation avec flatulence extrême, rapidement guérie en faisant prendre aux malades toutes les trois heures 6 gouttes d'une solution de 5 centigrammes d'extrait de fève de Calabar dans 10 grammes de glycérine.

Jusquiame. — La jusquiame à doses fortes peut rendre de grands services. Connaissant ses propriétés, ne sommes-nous pas en droit de lui accorder une large part dans les résultats favorables obtenus chez le malade qui fait le sujet de l'observation XI.

Café. — Cette médication, préconisée par quelques auteurs, a produit dans certains cas des résultats vraiment surprenants. Elle a été surtout vantée par Durand, Guyot, etc. (1). Un fait des plus curieux à ce sujet a été observé en 1866 à l'hôpital Necker par M. Guyot, et communiquée par lui à la Société médico-chirurgicale de Paris. Nous le reproduisons ici *in extenso* :

Observation XX.

Pseudo-étranglement intestinal. — Guérison par l'infusion du café.

X... Marguerite, 46 ans, giletière, entre à l'hôpital Necker le 6 octobre 1866, salle Sainte-Thérèse, n° 10, à onze heures du matin.

Cette femme a été prise brusquement huit jours auparavant de douleurs très vives dans le ventre. Les douleurs de ventre ont débuté

(1) Dans tous les cas, le café a agi en excitant les mouvements péristaltiques de l'intestin, action qui a été bien établie par Leven.

à 6 heures du soir; à 10 heures (quatre heures après l'apparition des douleurs de ventre), se sont montrés les vomissements. La malade a vomi pendant toute la nuit. Les vomissements ne renfermaient que des matières bilieuses.

Trois jours après le début de la maladie, les vomissements et les douleurs de ventre continuent toujours, le médecin est appelé. Il essaye de vaincre la constipation d'abord par un purgatif qui est vomi, puis par deux lavements qui restent aussi sans résultat. C'est alors que la malade est conduite à l'hôpital et placée à la salle Sainte-Thérèse.

L'examen du ventre permet de constater une distension très considérable de cet organe avec météorisme, sensibilité très grande à la pression. Pas de tumeur ni d'empâtement dans aucun point de l'abdomen, vomissements très fréquents de matières bilieuses; constipation persistante.

9 Octobre. — Traitement : glace, 30 gr. d'huile de ricin; lavement purgatif.

10. Les vomissements continuent de même que la constipation. Les matières vomies sont toujours bilieuses. L'huile de ricin de la veille a été rejetée presque aussitôt après son ingestion.

11. — M. Guyot trouve la malade dans cet état à la visite du matin : ballonnement très considérable du ventre. Les anses de l'intestin grêle se dessinent très visiblement sous la peau. Le gros intestin ne semble pas distendu ; aussi présume-t-on que l'obstacle au cours des matières est dans l'intestin grêle.

Ventre toujours très douloureux; la palpation est difficile; les douleurs sont étendues à tout le ventre. Immédiatement avant la visite, la malade a eu un vomissement de matières fécaloïdes très bien caractérisées. En examinant le ventre on aperçoit, dans la région hypogastrique, les cicatrices d'anciennes piqûres de sangsues. La malade, interrogée à ce sujet, nous apprend que vingt-cinq ou vingt-six ans auparavant elle a eu une affection du ventre très douloureuse, probablement une péritonite.

M. Desormeaux est consulté; il conseille l'expectation. Le toucher rectal puis vaginal montre l'absence de toute tumeur du vagin. Les anses intestinales repoussent fortement le cul-de-sac vésico-utérin et sont senties à travers le vagin.

Traitement : glace, calomel 1 gr., lavement au séné et sulfate de soude.

12. — Les vomissements fécaloïdes se sont répétés un très grand nombre de fois depuis hier; la malade a vomi son calomel. Le lavement purgatif est resté sans effet. Prostration très grande de la malade; pouls petit et fréquent. On continue la glace; on donne un bain d'une heure et un lavement purgatif; une pilule avec une demi-goutte d'huile de croton.

13. — Le lendemain, on nous montre les prétendues matières rendues par la malade à la suite du lavement. Mais nous ne voyons là que le lavement coloré par quelques matières bilieuses contenues dans le gros intestin. Le ventre est toujours tendu et douloureux. On voit encore nettement les anses intestinales se dessiner sous la peau. Il y a eu pendant la nuit des vomissements. M. Guyot prescrit la glace et huit tasses de café noir données de demi-heure en demi-heure.

Dans la nuit du 13 au 14, après l'ingestion de six tasses de café qui mettent la malade dans une grande agitation, débâcle très considérable : quatre ou cinq selles se succèdent en quelques heures. Les matières rendues sont liquide, de couleur bilieuse. Le lendemain matin 14, nous trouvons le ventre souple, pas de vomissements depuis la veille. En examinant le ventre avec le plus grand soin, impossible d'y trouver une tumeur ou un point qui présente de l'empâtement. La débâcle continue pendant toute la journée du 14 : huit ou dix selles bilieuses et diarrhéiques.

Traitement : 200 gr. de vin de Bordeaux, 4 bouillons.

Le 29, la malade se lève.

Révulsifs cutanés. — On chercha aussi à rappeler la contractilité musculaire par action réflexe excito-motrice avec les révulsifs cutanés, tels que l'élévation de la température appliquée localement. Claude Bernard (1) dit à ce propos : « Prenez un animal qui vient de mourir et dont tous les muscles sont naturellement au repos : en le soumettant à la chaleur d'une manière progressive, vous verrez qu'avec une température déterminée, certains muscles continuent leurs fonctions comme pendant la vie. A

(1) *Revue des cours scientifiques*, 1864, p. 396.

20° l'estomac et l'intestin reprennent leurs mouvements péristaltiques et l'on peut assister ainsi à une digestion obtenue artificiellement après la mort. Cela dure pendant un temps variable, une demi-heure, une heure. » On s'explique ainsi comment des sachets de sable chaud, comment l'application du marteau de Mayor ont pu ramener la contractilité de l'intestin. Le docteur Hervieux a publié dans l'*Union médicale* de 1851 un cas intéressant dans lequel ce dernier instrument lui a donné un beau succès.

Glace. — L'emploi de la glace vanté par Grisolle et par son élève Masson (1) a fourni de brillants résultats, tant en application sur le ventre, qu'en injections et en boissons. Il faut toujours y recourir. Son action est complexe ; elle condense les gaz qui distendent les anses intestinales, diminue le météorisme et excite puissamment la contractilité. N'agirait-elle pas plutôt comme antiphlogistique? Comme les sangsues et les ventouses, nous conseillons de l'employer dans toutes les pseudo-occlusions survenant dans les inflammations de l'intestin et du péritoine.

Électricité. — Lorsqu'après avoir employé tous ces moyens, le cours des matières intestinales est encore suspendu, il reste avant d'en arriver aux moyens chirurgicaux, une dernière ressource, c'est l'électricité.

Leroy d'Etiolles, qui le premier a signalé cette méthode, avait provoqué des selles abondantes, en faisant passer des courants galvaniques de la bouche au rectum. Dans ces dernières années, Bucquoy, Duchenne (de Boulogne) et Henrot, ont cité nombreux exemples de guérison ; aussi,

(1) Thèse de Paris.

la croyons-nous désormais destinée à prendre une large place dans le traitement des occlusions vraies et des pseudo-occlusions.

Cette électrisation de l'intestin peut se pratiquer de plusieurs façons :

1° En plaçant les deux réophores garnis d'une éponge mouillée sur la paroi abdominale : c'est *l'électrisation abdominale*.

2° En plaçant un pôle sur la paroi, l'autre à l'entrée de l'anus, c'est *l'électrisation ano-abdominale*.

3° En plaçant un pôle sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, et en introduisant l'autre dans le rectum, à une profondeur de 7 à 8 centimètres, c'est *l'électrisation recto-spinale*. L'électrode introduite dans l'intestin est constituée par une boule de cuivre, portée sur un manche isolant, de façon à n'électriser que les parties internes sans exercer d'action sur l'anus et la portion inférieure du rectum énervée par les nerfs spinaux.

4° En plaçant un pôle sur l'abdomen, et l'autre dans le rectum, c'est l'électrisation *recto-abdominale*.

Disons tout de suite que nous n'avons jamais employé que les courants induits, les courants continus, à cause de leur action chimique locale, pouvant avoir de sérieux inconvénients : si on les laissait trop longtemps en place, ils pourraient déterminer de petites eschares de la muqueuse. On comprend assez la gravité d'un semblable accident pour qu'il ne soit pas nécessaire de nous y appesantir ; disons cependant qu'ils sont conseillés par Onimus, qui recommande de prendre une pile de 30 éléments, d'appliquer le pôle positif sur l'abdomen, et le pôle négatif dans le rectum.

Nous avons employé un certain nombre de fois différents modes d'électrisation. Voici le réeultat de notre expérience.

L'électrisation abdominale, très suffisante pour calmer les coliques de plomb, provoque des contractions des muscles des parois ; son action sur la fibre musculaire de l'intestin est peu marquée. Chez une hystérique, par exemple, elle a toujours été insuffisante, nous n'avons jamais pu obtenir avec elle l'affaissement complet de l'abdomen.

L'électrisation ano-abdominale n'est pas plus efficace que la première ; de plus, elle est pénible, elle détermine une sensation de chaleur, quelquefois même de brulûre à l'anus ; dans un cas elle a occasionné la déchirure d'une petite hémorrhoïde.

L'électrisation recto-spinale est plus efficace que les précédentes, mais elle provoque de l'excitation inutile des membres inférieurs : de plus, comme elle agit plus directement sur la moëlle, elle peut exercer d'autres actions sur la respiration ou la circulation, et n'être pas inoffensive.

L'électrisation recto-abdominale, qui agit aussi directement que possible sur le plexus solaire et sur les ramifications du plexus mésentérique, c'est-à-dire sur le grand sympathique est selon nous la plus efficace ; elle n'est ni pénible ni dengereuse ; nous l'avons faite ou faite faire plusieurs centaines de fois ; elle a produit le plus souvent dans un espace de temps qui a varié d'une demi minute à quatre minutes les phénomènes suivants :

1° Excitation de la contractilité des muscles abdominaux et aussitôt la cessation de l'électrisation, résolution du plan musculaire ;

2° Excitation des contractions de l'intestin se traduisant par la diminution de son calibre, par des mouvements quelquefois visibles à travers la paroi abdominale et par les efforts de défécation ;

3° Disparition instantanée des gaz de l'intestin sans expulsion par la bouche ni par l'anus. L'abdomen distendu

au maximum peut, en une demi minute, être dans un état d'affaissement tel qu'on peut explorer le petit bassin. Il ne s'agit pas là d'un simple déplacement de gaz, mais probablement d'une véritable résorption ;

4° Cessation de la constipation ;

5° Plusieurs fois, disparition des phénomènes généraux du péritonisme (algidité, cyanose);

En résumé, l'électrisation de l'intestin peut être abdominale, ano-abdominale, recto-spinale, abdominale et recto-abdominale ; cette dernière doit être choisie de préférence routes les fois que l'on veut agir sur les tuniques musculeuses de l'intestin ; elle a pour effet d'exciter et de mettre en résolution aussitôt la cessation de l'électrisation les muscles des parois abdominales, de faire disparaître pendant un temps plus ou moins long le gaz abdominaux ; d'amener un assouplissement momentané de l'intestin et de provoquer des selles. »

Ces résultats plaident assez en faveur de l'emploi de l'électrisation recta-abdominale dans tous les cas de pseudo-occlusion de cause paralytique.

Il ne faudra jamais employer de courant trop énergiques. La douleur qui survient quelquefois au début de l'opération réclame d'abord l'emploi de courants faibles qu'on augmentera ensuite suivant l'état du malade. Les secousses ne seront pas prolongées au-delà de dix minutes et seront renouvelées trois ou quatre fois par jour.

Entérochisme. — On désigne en Italie sous ce nom, un appareil au moyen duquel on peut par, une presion continue et constante, introduire par la voie rectale un liquide dilatant assez l'intestin pour forcer la valvule iléo-cœcale et pénétrer dans l'intestin grèle (?).

Bien que cet appareil nouveau soit utilisé chez son voisin, et qu'il y ait fait ses preuves, si l'on croit ce que

disent les médecins de ce pays, il est peu connu en France. Nous n'avons vu l'entérochysme mentionné que dans la *Revue des sciences médicales* de M. le professeur Hayem et dans un article de l'*Union médicale* (1). auquel nous empruntons ces renseignements.

Cet instrument, imaginé par le professeur Cantani se compose : 1° d'un récipient d'une contenance de plusieurs litres que l'on accroche au plafond; 2° d'un tube de caoutchouc long de trois mètres environ partant du récipient et aboutissant à 3° une canule ordinaire munie d'un robinet destiné à règler l'écoulement du liquide.

Le mécanisme de l'appareil est assez simple. Quant à la meilleure position à donner au malade elle a été très discutée. Les avis de ceux qui ont adopté cette méthode sont partagés, cependant la plupart d'entre eux s'accordent à reconnaître qu'il est préférable de coucher le patient à plat ventre en l'inclinant un peu sur le côté droit.

Les résultats obtenus par l'entérochysme sont nombreux si nous en croyons les faits relatés dans les divers journaux de médecine italiens, et cette méthode serait indiquée aussi bien pour l'obstruction intestinale et l'étranglement interne que pour les pseudo-occlusions avec paralysie de l'intestin ayant résisté aux moyens employés en pareille circonstance.

Nous ne ferons que citer ces faits, sans discuter la possibilité de faire franchir la valvule iléo-cœcale à un liquide introduit sous pression par la voie rectale. Elle n'est pas mise en doute par les chirurgiens qui ont eu recours à cet appareil. La thérapeuthique ne saurait laisser ce nouveau moyen de côté, et nous espérons qu'il ne tardera pas à être essayé en France.

(1) *Union méd.*, janvier 1882.

Tout en cherchant à rétablir par les moyens que nous venons d'énumérer, le cours interrompu des matières, il est d'autres indications qu'une thérapeutique active et raisonnée doit remplir. Ce sont : 1° calmer les vomissements; 2° enrayer l'inflammation imminente; 3° diminuer l'élément douleur. Les boissons glacées, la glace intus et extrà, le champagne, le chloral, les saignées locales et les injections de morphine, tels sont les agents auxquels le médecin doit recourir.

2° MOYENS CHIRURGICAUX.

Lorsque cette longue série de moyens n'est pas parvenue à rétablir le cours des selles, à triompher de cette pseudo-occlusion, toutes les ressources de la thérapeutique médicale sont épuisées, le rôle du chirurgien doit commencer. Le premier moyen à employer sera la ponction intestinale à l'aide d'un trocart capillaire. Elle réveillera les contractions de l'intestin en diminuant la distension extrême de cet organe par les gaz, distension qui, en tiraillant outre mesure la fibre musculaire, lui fait perdre sa contractilité. Cette méthode a été vantée par plusieurs auteurs, et, en particulier, par Benoit (1). Elle sera surtout indiquée lorsque la tympanite constituera un des symptômes prédominants.

La ponction intestinale devient une précieuse ressource surtout si on la combine avec l'aspiration; elle est absolument inoffensive; nous n'en voulons pour preuve que le grand nombre de hernies étranglées auxquelles on a appliqué cette méthode depuis la belle observation de M. le

(1) Thèse de Strasbourg, 1868.

professeur Duploüy (1). Peut-être même l'a-t-on quelque peu compromise dans les premières années qui suivirent son introduction en y recourant en quelque sorte brutalement dans toutes les hernies étranglées. Notre savant maître la déconseille absolument dans les hernies marronées prises de cet étranglement suraigu qui frappe si rapidement l'intestin de gangrène ; il craindrait de faire éclater l'intestin sous la piqûre de l'aiguille à l'instar d'une cerise trop mûre (*sic*) ; il la réserve pour les hernies un tant soit peu volumineuses dans lesquelles l'évacuation des gaz et des liquides, soit du sac, soit de l'intestin hernié, peut amener une détente favorable au taxis jusque-là impraticable. Quoiqu'il en soit et pour en revenir à notre sujet, l'innocuité de la ponction aspiratrice est telle que le praticien serait vraiment impardonnable de ne pas y recourir avant d'agiter la question suprême d'une intervention chirurgicale qui lui laisse bien peu d'espoir.

C'est pourtant, en dernière analyse, la seule ressource possible lorsque tout a échoué, et il n'est pas de chirurgien vraiment digne de ce nom, qui élude cette terrible éventualité. Sans doute, il est fort difficile de savoir si l'étranglement est vrai ou faux, si on ne va pas se livrer à une éventration inutile, à des recherches stériles. Sans point de repère déterminé, à peu près dépourvu d'indications précises, sauf la notion un peu vague du siège dans telle ou telle grande section de l'intestin, quelle ne sera pas la situation de l'opérateur, s'il ne trouve dans le ventre rien à déplisser, rien à débrider, rien à détordre? Les faits de la laparotomie stérile ne sont pas très rares, et on peut considérer comme extraordinaires ceux de Péan, Manlove, Buchanam, qui n'ont rencontré aucun obstacle et dont les

(1) *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1871.

malades n'ont pas moins guéri. « S'agissait-il, dit Peyrot (1), d'un de ces étranglements paralytiques de Henrot, et le choc opératoire, l'ouverture du ventre, la laxité donnée momentanément à l'intestin aurait-elle suffi pour faire diparaître cet état? Nous ne saurions le dire. » Nous ne nous chargeons pas d'expliquer ces faits autrement que par ce qu'on appelle le *bonheur en chirurgie*, et nous préférons, pour conseiller formellement la laparotomie en désespoir de cause, reporter notre espoir vers les faits plus encourageants, selon nous, d'obstacles trouvés au cours de l'opération et levés par le chirurgien. L'indication que nous posons ici à propos des pseudo-étranglements peut paraître étrange, mais il n'y a qu'un pas d'un faux étranglement à une occlusion véritable, et il est bien souvent impossible de savoir s'il ne sera pas franchi. La question d'intervention ou d'abstention est donc absolument une question de diagnostic d'une extrême délicatesse; l'observation qui fait la base de notre thèse (*Obs. XI*), en fait ressortir toutes les difficultés.

Jamais, peut-être, chirurgien n'éprouva de tentation plus pressante : ballonnement péri-ombilical, vomissements fécaloïdes, sinon par l'odeur, du moins par l'aspect, hernie à droite rentrée spontanément quelques jours avant, mais peut-être incriminable de tous les accidents, anxiété, facies décomposé, danger imminent, en un mot, rien n'y manquait. Et pourtant notre maître, qui ne passe guère pour un chirurgien timide, ne voulut point intervenir avant d'avoir agi sur l'étranglement spasmodique ou paralytique qu'il avait quelque raison de considérer comme la cause de tous les accidents. Bien lui en prit puisque un traitement antispasmodique approprié en fit justice. Que s'il

(1) Peyrot. — *De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale.*

fût intervenu (car son intervention était armée), il eût déféré à la règle à peu près constante qui consiste à faire une incision médiane entre le pubis et l'ombilic, tout à fait semblable à celle de l'ovariotomie, il eût été ainsi placé à égale distance de tous les obstacles à rechercher. Si on eût senti dans la fosse iliaque droite une tuméfaction appréciable pouvant se rattacher aux commémoratifs herniaires qu'indiquait le malade, une incision à ce niveau analogue à celle qu'on fait pour la ligature de l'iliaque externe (procédé d'Abernethy) et qui, du reste, a été parfois utilisée en laparotomie eût été préférable. Mais il n'y avait point de certitude suffisante pour se mettre en désaccord avec les données si pratiques de l'incision médiane.

Vu bon à imprimer :
Le président de Thèse,
Dr LAYET.

Vu le Doyen de la Faculté,
Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
H. OUVRÉ.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Des os de la face.

Physiologie : De la contractilité musculaire. — Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Chimie : Les deux oxygènes, soufres divers, les deux phosphores.

Histoire naturelle : Des canaux sécréteurs et des principes immédiats qu'ils contiennent.

Pathologie externe : Des signes de l'étranglement herniaire.

Pathologie interne : Dilatation des bronches

Pathologie générale : De l'intoxication miasmatique.

Histologie et anatomie générale : Tissu nerveux.

Anatomie pathologique : Shyélite.

Médecine opératoire : Des différents procédés de blépharoplastie.

Pharmacologie : Des gelées et des pâtes.

Matière médicale : Gommes résines employées en médecine.

Thérapeutique : Médications et traitements. Les distinguer et les diviser.

Hygiène : Des aliments.

Médecine légale : Questions médico-légales soulevées par le mariage, sa validité, sa dissolution.

Accouchements : De la présentation de la face.

Bordeaux. — Imp. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.